Rok XLI. Kraków, 5 Lipca 1902. Nr. 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra Ludwika Rydygiera we Lwowie.

O wynikach po operacyach doszczętnych przepuklin.

Podał

Dr. Feliks Hahn,

c. k. lekarz pułkowy przydzielony do kliniki.

W pracy tej mam zamiar zdać sprawę z ostatecznych wyników po operacyach doszczętnych przepuklin, jakie osiągnięto w klinice Rydygiera od r. 1886 do r. 1901.

W czasie tym przyjęto do kliniki 268 chorych (191 mężczyzn i 77 kobiet), dotkniętych tem cierpieniem w różnych postaciach, a mianowicie: w okresie od r. 1886 do 1897 r. (w Krakowie) chorych 146, a w okresie od r. 1897 do 1901 r. (we Lwowie) chorych 122. Z tego: 242 dotkniętych było przepukliną pojedynczą, 24 podwójną, a 2 potrójną.

Na 24 przypadków przepuklin podwójnych składa się: 20 chorych z przepukliną pachwinową obustronną, 2 chorych z przepuliną udową obustronną, 1 chory z przepukliną pachwinową zewnętrzną i przepukliną udową i w końcu 1 chory z przepukliną udową i brzuszną *(ventralis)*.

U 2 chorych, dotkniętych przepukliną potrójną, stwierdzono w obu przypadkach przepuklinę pachwinową obustronną i przepuklinę nadbrzuszną.

Wiek chorych operowanych uwidocznia następujące zestawienie:

poniżej 5-ciu lat	5	przypadków
od 5—10 „	„ 4	„
„ 10—15 „	„ 1	„
„ 15—20 „	„ 21	„
„ 20—25 „	„ 38	„
„ 25—30 „	„ 34	„
„ 30—35 „	„ 23	„
„ 35—40 „	„ 19	„
„ 40—45 „	„ 22	„
„ 45—50 „	„ 32	„
„ 50—55 „	„ 25	„
„ 55—60 „	„ 23	„
„ 60—65 „	„ 14	„
„ 65—70 „	„ 4	„
„ 70—75 „	„ 1	„
„ 75—80 „	„ 2	„
	268	przypadków

Stosunkowo znaczna liczba chorych, operowanych w wieku podeszłym (od 45—60 r. ż.), tłomaczy się tem, że w tym okresie życia najczęściej wydarza się uwięznięcie przepuklin, które zmusza ludzi, choćby mających ogromny respekt przed operacyą, do szukania pomocy chirurgicznej.

Uwięznięcie przepukliny zdarzyło się:

poniżej lat 10-ciu	4	razy
między 10—20 r. ż.	6	„
„ 20—30 „	19	„
„ 30—40 „	14	„
„ 40—50 „	25	„
„ 50—60 „	32	„
„ 60—70 „	12	„
„ 70—80 „	2	„
razem	114	razy

Mimochodem czynię uwagę, że okrągło $1/3$ chorych była mojżeszowego wyznania.

Większa część chorych na przepukliny należała do warstwy ciężko pracujących robotników.

Ogólnie biorąc, na chorych tych wykonano 290 operacyi w przypadkach:

A: Przepuklin nadbrzusznych:	1) nadbrzuszne wolne	4.	
B: Przepuklin śródbrzusznych:	1) brzuszne wolne	4	14
	2) nie dające się odprowadzić	1	
	3) uwięznięte	1	
	4) pępkowe wolne	4	
	5) nie dające się odprowadzić	1	
	6) pępkowe uwięznięte	2	
	7) lędźwiowe wolne	1	
C: Przepuklin podbrzusznych:	1) pachwinowe wolne	140	221
	2) „ nie dające się odprowadzić	10	
	3) „ uwięzłe	71	
	4) udowe wolne	10	51
	5) „ nie dające się odprowadzić	1	
	6) „ uwięzłe	40	
		razem	290

Uwzględniając płeć chorych, znajdujemy:

przepukliny nadbrzuszne u:	4 mężczyzn,	0 kobiet
„ śródbrzuszne u:	2 „	12 „
„ pachwinowe u:	180 „	23 „
„ udowe u:	6 „	43 „
	192 mężczyzn,	78 kobiet.

Oceniając wartość operacyj doszczętnych, które w klinice Rydygiera wykonano w 237 przypadkach, możemy wziąść w rachubę tylko 182 przypadków, o tylu bowiem tylko zdołano później zasięgnąć języka i stwierdzono: w 165 przypadkach (t. j. 90·8%) wyleczenie trwałe, w 16 przypadkach t. j. (8·8%) nawrót przepukliny i 1 przypadek śmierci (t. j. 0·4%).

A) Przepukliny nadbrzuszne *(H. epigastricae)*. Zdaniem Maydla[5]) pierwsze dokładne wiadomości o tym rodzaju przepuklin zawdzięczamy Richterowi (1785). Dopiero jednak Vidal de Cassis (1848) nadał im właściwą nazwę.

Przepukliny nadbrzuszne należą do zjawisk wcale rzadkich. Wedle Bergera[6]) stanowią one zaledwie 1·4% wszelkich przepuklin w ogólności. Stosunek ten potwierdza się i na naszym materyale. Spotykamy bowiem zaledwie 4 przypadki tego rodzaju przepuklin na 290 innych. Zdaje się jednak, że w rzeczywistości liczba ich jest większa, rozpoznanie bowiem natrafia na pewne trudności. Przepukliny te powodują tak liczne i dolegliwe przypadłości, że nawet wprawny lekarz uwieść się daje skargom chorego, bada i leczy „niewyraźne jakieś“ cierpienie żołądkowe, a przeocza mały guzek w okolicy nadbrzusznej. Z błędnej drogi schodzi się dopiero wówczas, kiedy zwróci się szczególniejszą uwagę na możliwość istnienia tej przepukliny i dokładnie obmaca okolicę dołka podsercowego (głównie w linii środkowej).

Przykładem, dobrze rzecz ilustrującym, był jeden nasz przypadek, który długo (i bezskutecznie) był leczony przez różnych lekarzy na cierpienie żołądkowe, zanim wreszcie zwrócono uwagę na istniejącą małą przepuklinę nadbrzuszną. Po jej usunięciu znikły i dolegliwości żołądkowe.

Rozpoznanie przepukliny nadbrzusznej uda się stosunkowo łatwo, jeżeli zamiast opukiwać bolącą okolicę powłok brzusznych, troskliwie ją obmacamy, zwłaszcza w chwili, gdy chory z położenia leżącego przechodzi w siedzące, lub leżąc poziomo kaszle.

Winkelmann[7]) tak się wyraża o przepuklinach nadbrzusza: maleńkie przepukliny w linii środkowej brzucha sprawiają niekiedy znaczne dolegliwości, które często dają powód pomyłkom rozpoznawczym. Przepukliny te zawierają niekiedy małe gronko sieci, które z powodu obrzmienia nie może napowrót powrócić do jamy brzusznej. Kiedyindziej zrazik tkanki tłuszczowej przedotrzewnowej przeciśnie się przez szczelinę w linii białej i przeciągając za sobą otrzewnę, wytwarza w niej mały lejkowaty uchyłek.

Wszystkie 4 przypadki tej przepukliny, spostrzegane w klinice Rydygiera, dotyczyły mężczyzn, z których dwóch dotkniętych było nadto przepukliną pachwinową zewnętrzną obustronną. W jednym z tych dwóch ostatnich przypadków na jednem posiedzeniu i w jednem uśpieniu usunięto wszystkie trzy przepukliny, w drugim natomiast poprzestać musiano na operacyi doszczętnej przepukliny nadbrzusznej, która była źródłem wielu cierpień, — przepukliny zaś pachwinowe pozostawiono, gdyż z powodu podeszłego wieku i nienajlepszego stanu ogólnego przydługie uśpienie chloroformowe nie zdawało się być obojętnem.

Technika operacyjna w trzech przypadkach była możliwie prosta. Po odsłonięciu worka przepuklinowego i odprowadzeniu jego zawartości do jamy brzusznej, wycinano go w całości, poczem po zeszyciu otrzewnej zakładano na ranę w powłokach brzusznych szew warstwowy potrójny. W przypadku czwartym operowano sposobem Gersunyego: worek przepuklinowy odsłonięto, a że był mały, nie wycinano go, lecz w całości odprowadzono do jamy brzusznej. Po okrwawieniu brzegów bramy przepuklinowej najpierw je zeszyto (katgutem), następnie dwoma cięciami łukowatemi, zwróconemi wypukłością na zewnątrz, otwarto pochewki obu mięśni prostych, kończąc cięcia na dwa ctm. powyżej i poniżej bramy przepuklinowej, zeszyto najpierw osobnymi szwami (węzełkowymi z katgutu) brzegi wewnętrzne rozciętych pochewek, potem przybliżono do siebie brzegi wewnętrzne mięśni prostych, następnie zespolono ponad mięśniami brzegi wewnętrzne rozciętych pochewek, a nad tem zeszyto skórę.

W trzech przypadkach rana pooperacyjna zagoiła się przez rychłozrost. W jednym przypadku rana ropiała, czemu jak się zdaje winien sam chory, który, wiedziony niewczesną ciekawością, dotykał rany ręką, wprowadzoną pod opatrunek. Dowiedziałem się listownie, że w dwóch przypadkach osiągnęliśmy trwałe wyleczenie; w jednym przypadku przepuklina powróciła; o jednym chorym ślad zaginął.

B) Przepukliny śródbrzuszne *(h. mesogastricae)*. Nazwą tą obejmujemy trzy rodzaje przepuklin: pępkowe, lędźwiowe i brzuszne *(h. ventralis)*. Do tych ostatnich należą te przepukliny, które nie będąc ani pępkowemi, ani lędźwiowemi, mają bramę przepuklinową w tej okolicy, którą śródbrzuszem *(mesogastrium)* mianujemy.

Z 7-miu przypadków przepuklin pępkowych wymienić można 1) przepuklinę sznurka pępkowego — 1 przypadek; 2) przepukliny pępkowe wolne — 3 przypadki; 3) jedna przepuklina nieodprowadzalna i 4) 2 przypadki uwięznięcia. Przepuklinę sznurka pępkowego operowano u czterodniowego dziecka. Noworodek nie przeżył zabiegu operacyjnego. Było to dziecię płci męskiej. Pozostałe 6 przypadków spostrzegano u kobiet.

Wobec małych przepuklin technika operacyjna była prosta. Polegała na odsłonięciu worka przepuklinowego, wycięciu względnie odprowadzeniu go do jamy brzusznej, na odświeżeniu brzegów bramy przepuklinowej i założeniu szwu warstwowego. W razie zaś dużych przepuklin operowano na wzór metody Coudamin-Brunsa: dwoma cięciami łukowatemi, drążącemi przez całą grubość powłok brzusznych aż do otrzewnej, okrążano całą przepuklinę; po otworzeniu z jednej strony jamy brzusznej oryentowano się o stosunkach w worku przepuklinowym, treść jego odprowadzano do jamy brzusznej, lub też gdy napotkano sieć zmienioną, odcinano ją, worek wycinano *in toto*, poczem zeszywano osobno mięśnie proste po wydostaniu ich z pochewek (o ile udało się je odszukać), a osobno skórę.

Przebieg pooperacyjny w pięciu przypadkach był bezgorączkowy i bez powikłań; jedynie u jednej chorej wygojenie rany przewlekło się z powodu ropienia w szwach.

O ile się wywiedzieć zdołałem, w pięciu przypadkach przepuklina nie powróciła. O jednej operowanej nie mogłem zasięgnąć żadnej wiadomości.

Z sześciu przypadków przepuklin brzusznych jedna znajdowała się u mężczyzny, pięć u kobiet. Przepukliny te rozwinęły się w bliznach po dawniejszych laparotomiach. Operowano zasadniczo tak samo, jak w przypadkach przepuklin nadbrzusznych. W jednym tylko przypadku przepukliny uwięzniętej przebieg pooperacyjny uległ zaburzeniu z powodu (nieszkodliwego) ropienia. Inne przypadki wygoiły się przez rychłozrost.

Na listowne zapytanie otrzymałem odpowiedzi od trzech operowanych i ci rzeczywiście są doszczętnie wyleczeni. Z rzadkich przypadków przepuklin lędźwiowych spostrzegaliśmy w naszej klinice tylko jeden u dziewczynki pięcio-

letniej. Mając trzy lata, miała upaść na kamień i uraz ten miał się stać przyczyną prawostronnej przepukliny lędźwiowej, przedstawiającej się w kształcie guza wielkości pięści mężczyzny.

Zabieg operacyjny w tym przypadku przedstawiał się dość prosto. Wyleczenie osiągnięto po siedmiu dniach przez rychłozrost. Później chorą straciliśmy z oczu i nie mogliśmy stwierdzić, o ile operacya rzeczywiście była doszczętną.

C) Przepukliny podbrzuszne *(h. hypogastricae).* Z przepuklin, występujących w okolicy podbrzusznej spostrzegaliśmy w klinice Rydygiera tylko przepukliny pachwinowe i udowe. Te rodzaje przepuklin są najczęstsze, więc też nad niemi nieco dłużej zastanowić się warto:

1. Przepukliny pachwinowe. W okresie czasu wspomnianym na wstępie operowano w naszej klinice 221 przepuklin pachwinowych. Cierpieniem tem dotkniętych było 201 osób (179 mężczyzn, 22 kobiet):

prawostronną przepuklinę	stwierdzono	u	osób	119
lewostronną	"	"	" "	62
obustronną	"	"	" "	20
			razem	201

Przepukliny te były

nabyte	w	206	przypadkach
wrodzone	"	9	"
nawrotne	"	6	"
razem		221	przypadkach.

Jako przyczyny powstania podawano bez wyjątku powtarzający się często uraz nagły. Wiemy jednak, co myśleć o tym rzekomo jedynym czynniku etyologicznym. Większość herniologów zgadza się na to, że wytworzenie się przepukliny bywa zwykle uwarunkowane obecnością otwartego uchyłka otrzewnego, a uraz o tyle tylko przyczynia się do rozwoju tego cierpienia, o ile ujawnia nagle ukrytą przepuklinę, wtłaczając do pustego worka którąś część trzew brzusznych.

W 140 przypadkach przepukliny pachwinowe były wolne, w 71 uwięźnięte, a w 10 nie dały się odprowadzić. Jako rzadsze odmiany znajdujemy zanotowane: *1 hernia intcëna s. directa, 1 hernia inguino-properitonealis* i *1 hernia Littriana.*

Zwykle chorzy zgłaszali się do operacyi po kilku latach trwania cierpienia.

Wielkość przepuklin była bardzo różną, od rozmiarów orzecha włoskiego, aż do wielkości głowy dorosłego mężczyzny. Szerokość bramy przepuklinowej pozostawała zwykle w stosunku prostym do rozmiarów przepukliny. W większości przypadków otwór zewnętrzny przewodu pachwinowego był drożnym dla 1 do 2 palców. W kilku przypadkach znacznie szerszy.

W leczeniu stosowaliśmy metody operacyjne, uznane za najlepsze. Zanim jednak przystąpię do ich opisu, sądzę, że nie od rzeczy będzie kilkoma słowami naszkicować rozwój historyczny operacyi przepuklin. A tu sięgnąć musimy aż do starożytności, gdyż już wtedy, a zwłaszcza za cesarstwa rzymskiego, istniał okres istotny rozkwitu tej operacyi.

Najstarszy opis doszczętnej operacyi przepukliny pachwinowej pochodzi z 1-go wieku po nar. Chr. W dziele Aulusa Corneliusa Celsusa *„De medicina"* czytamy nietylko opis techniki operacyjnej, lecz nadto szereg wskazań do operacyi doszczętnej i to tak dokładny, „że możnaby go przyjąć i w chirurgii nowoczesnej" (Maydl [5]).

Operacya Celsusa polegała na tem, że po otwarciu przepukliny wycinano cały worek przepuklinowy, a otwór w ścianach brzusznych zaszywano.

W okruchach z dzieł Heliodora, ocalonych od zapomnienia przez Oribasiusa, czytamy również „o świetnym rozwoju podziwienia godnej techniki operacyjnej" (Albert [8]).

Już jednak w pierwszej połowie wieków średnich operacya wolnych przepuklin zaczyna być zaniedbywaną. Zawładnęli nią bowiem t. zw. „Bruchsznejdery" i od 12 aż do 18 wieku uprawiają swoje rzemiosło niemal niepodzielnie, trzebiąc znaczną część dotkniętych przepukliną. „Bruchsznejdery" tak zniesławili tę operacyę, że mało tylko chirurgów ważyło się ją jeszcze przedsiębrać.

W wiekach średnich największem wzięciem cieszyły się metody Wilhelma von Saliceto (odsłonięcie worka przepuklinowego, podwójne jego przewiązanie i przecięcie między podwiązkami), Alessandro Benedettiego (podskórne przewiązanie worka), i wreszcie metoda „aktualnej i potencyalnej kauteryzacyi". Wyliczania wielu jeszcze innych metod możemy bez szkody dla treści sobie oszczędzić.

W nowszych czasach polecał Wutzer swoją metodę inwaginacyjną; John Wood (1858) szew podskórny; Dzondi i Jameson wszywali płat skórny w bramę przepuklinową; Velpeau, Bigelow i inni starali się leczyć przepukliny wstrzykiwaniami w sam worek, lub w jego szyjkę roztworów jodu, nalewki z much hiszpańskich i t. d. Z tych ostatnich metod dwie przeszły aż do naszych czasów, mianowicie wstrzykiwanie zgęszczonego roztworu soli morskiej w worek przepuklinowy (Luton), albo też chlorku cynku w okolicę bramy przepuklinowej (Demars i Lannelongue [13]), lub wreszcie wstrzykiwanie 40—80% alkoholu (Schwalbe) [1])

Z rozwinięciem się jednak antyseptyki zakwitł cały szereg nowych metod operacyjnych. Szeregując je w grupy wedle myśli zasadniczej, na pierwszem miejscu wymienić należy metody wszczepiania worka przepuklinowego (Barker, P. Ball, Kendal, Franks, Kingscote, Bishop, Phelps i t. d.).

Inną grupę stanowią sposoby, w których zasadniczem jest wysokie podwiązanie worka przepuklinowego, wycięcie go, odprowadzenie kikuta do jamy brzusznej i zwężenie przewodu pachwinowego, względnie bramy przepuklinowej. Typem jest metoda Czernego (1877), poprawiona następnie przez Billrotha i Alberta.

Aby umożliwić dokładniejsze zaciśnięcie przewodu pachwinowego Bottini, Mugnai, Lucas-Championniere i Mac Ewen rozcinają jego przodkową ścianę aż do ujścia wewnętrznego i dopiero potem szyją od góry ku dołowi. Lucas-Championniere po otwarciu przewodu pachwinowego podwiązuje worek przepuklinowy możliwie wysoko i w kilku partyach tak, że pojedyncze podwiązki krzyżują się na kształt ogniw łańcucha (ztąd nazwa *„Ligature en chaîne")*, po wycięciu worka przepuklinowego wraz z szyjką zeszywa najpierw przewód pachwinowy od wewnętrznego aż do zewnętrznego otworu pachwinowego, następnie zaś powięź ścięgnistą mięśnia skośnego zewnętrznego, pozostawiając w niej mały tylko otwór dla przejścia sznurka nasiennego.

Mac Ewen podwiązuje worek przepuklinowy na wysokości wewnętrznego otworu przewodu pachwinowego, następnie specyalnym szwem fałduje go, tworząc zeń poduszeczkę, którą wprowadza pod otrzewnę ścienną i zamyka nią otwór wewnętrzny. Poczem zeszywa przeciętą ścianę przodkową przewodu i przybliża do siebie brzegi otworu zewnętrznego.

Girard stara się przednią ścianę przewodu pachwinowego wzmocnić przez to, że rozcinając powięź mięśnia skośnego zewnętrznego, pozostawia płat szerokości palca poprzecznego przy więzadle Pouparta i po zapuszczeniu kikuta worka przepuklinowego, przeszywa najpierw m. skośny wewn. i poprzeczny, następnie górną część przeciętej powięzi do tylnej krawędzi tego więzu, a w końcu dopiero dolny płat rozcięgna *(aponeurosis)* nasuwa na powierzchnię płatu górnego i w tem połączeniu ustala ją szwami.

Oryginalnem jest postępowanie Assakyego[17] [35]), który w przypadkach przepuklin nabytych zaszywa przewód pachwinowy od wewnątrz po otwarciu jamy brzusznej.

Nie brak też szeregu operacyj plastycznych. Tak np. Beck[20]) wszył w dwóch przypadkach płat z mięśnia prostego w bramę przepuklinową; Trendelenburg zaś i Kraske prawie równocześnie i niezależnie od siebie radzili zamykać bramę przepuklinową uszypułowanym płatem okostnowo-kostnym.

Pierwotnie wszył Trendelenburg w bramę przepukliny pachwinowej płytkę kostną, wyciętą z główki świeżo wyciętej kości ramieniowej. Płytka ta jednak po pół roku uległa wessaniu i przepuklina wróciła. Więc później wycinał z kości miednicowych operowanego płat okostnowo-kostny z szypułą u dołu, który obwijał ku górze, zamykając tym sposobem otwór. Podobnie postąpił Kraske.

Metoda Trendelenburg-Kraskego znalazła uznanie u wielu chirurgów i gorąco zaleconą została przez Körtego. Schede[21]), zalecał zapuszczony szew srebrny; Goepel[22]) wszywanie gotowych siatek angielskich z drutu srebrnego. Podobnie Witzel[21]). W tym samym celu Platt użył płytek z gąbki. Wracając zaś do metod częściej używanych wymienić należy te, w których myślą zasadniczą jest przemieszczanie sznurka nasiennego. Między zaś temi metoda Bassiniego zajmuje niewątpliwie najwybitniejsze miejsce. (Ciąg dalszy nast.).

II. Z zakładu anatomii patologicznej prof. dra Browicza w Krakowie.

Barwienie kanalików żółciowych sposobem Weigerta.

Podał

Prof. dr. Stanisław Ciechanowski,

Asystent zakładu.

Sposoby barwienia skrawków mikroskopowych, podane przez Weigerta, posiadają między innemi i tę zaletę, że można niemi zabarwić rozmaite składniki tkanek, jeżeli się te sposoby stosownie urozmaici; tak np. podano już liczne odmiany sposobu, zaleconego pierwotnie do barwienia osłonek rdzennych. Każdy, obeznany mniejwięcej z techniką histologiczną, potrafi sobie obmyślić jeszcze inne odmiany tego sposobu dla pewnych określonych celów. Podając jedno z zastósowań tego sposobu, wiem, że niema w niem nic istotnie nowego, ogłaszam je jednak dlatego, aby oszczędzić straty czasu i zawodów tym z kolegów, którzyby potrzebowali zabarwić sieć kanalików żółciowych w wątrobie ludzkiej.

Dość często bowiem nie udaje się kanalików żółciowych w takich wątrobach zabarwić dokładnie żadnym ze sposobów, zaleconych do barwienia wątrób zwierzęcych i pod tym względem uznanych za doskonałe. Zdarzyło się to między innymi w ostatnich czasach H. Eppingerowi[1]). Używał on sposobów Golgiego, Böhma[2]), Hanota i Lévyego[3]), Berkleya[4]), Kupffera[5]), Krausego[6]), Weigert-Vasalego[7]), Scarpatettiego[8]), Weigerta [sposób barwienia neuroglii][9]) i Heinza[10]), trzymając się ściśle przepisów, podanych przez autorów. Kanaliki żółciowe albo się tymi sposobami wcale nie barwiły, albo też barwiły się tylko niewielkie ich odcinki i to niezupełnie. Zabarwić całą sieć kanalików żółciowych w wątrobach ludzkich powiodło się Eppingerowi dopiero osobno opracowanym sposobem, zestawionym ze sposobu Weigert-Vasalego i ze sposobu, używanego przez Weigerta do zabarwienia neuroglii.

Sposób Eppingera jest w streszczeniu następujący: kawałeczki wątrób ludzkich ustala się w 10% formalinie, pozostawiając je w niej 5—10 dni, a nawet dłużej; potem, nie opłókując wcale w wodzie, przenosi się je do zaprawy, podanej przez Weigerta dla neuroglii. Zaprawa ta przygotowuje się w ten sposób, że zagotowawszy do wrzenia 2·5% wodny roztwór ałunu chromowego, dodaje się do niego po zgaszeniu płomienia, ciągle mieszając, po 5 ctm.³ kwasu octowego i 5 grm. miałkiego octanu miedziowego na każde 100 ctm.³ płynu. Zaprawy tej użyć można dopiero po upływie tygodnia do przepajania kawałków narządu. W tej zaprawie pozostawia Eppinger kawałki wątroby przez 10 dni w ciepłocie zwyczajnej, lub przez pięć dni w cieplarce. Można również odrazu ustalać kawałki w mieszaninie 11-tu części tej zaprawy i jednej części 40% formaliny. Opłókawszy potem wodą, stwardnia się kawałki w alkoholu i zatapia w celoidynie. Skrawki powinny być ile możności cienkie. Barwi się je w 1% wodnym, na gorąco sporządzonym roztworze hematoksyliny przez $^1/_4$—24 godzin. Barwić można tem krócej, im roztwór hematoksyliny jest starszy. Po zabarwieniu przenosi się skrawki na pięć minut do nasyconego na zimno wodnego roztworu octanu miedziowego, a potem do wody przekroplonej, w której można je zostawić dowolnie długo, nawet przez parę dni. Następnie różniczkuje się je w odbarwiaczu Weigerta *(Kali ferricyanat. 2·5, natr. biborac. 2·0, aqu. dest. 300·0)*. Potem wypłókuje się je starannie w wodzie przekroplonej, zanurza na minutę w nasycony wodny roztwór węglanu litowego, płócze się ponownie w wodzie, odwadnia w wyskoku, wyjaśnia w *ol. origani* i wreszcie, dawszy kroplę balsamu kanadyjskiego, nakrywa szkiełkiem.

W tym, pracowicie przez Eppingera wypróbowanym

[1]) Beiträge zur pathol. Anatomie und zur allgemeinen Pathologie. 1902. XXXI. p. 230.
[2]) Kahlden. Histologische Technik 1900, p. 128.
[3]) Archives de méd. exper. et d'anat path. VII. p. 617.
[4]) John Hopkins. Hosp. Reports IV. Nr. 4—5.
[5]) Sitzungsber. d. Ges. f. Morph. u. Phys. in München 1889. V.
[6]) Archiv. f. mikrosk. Anatomie XLII.
[7]) Kahlden. Histologische Technik 1900, p. 147.
[8]) Neurologisches Centralblatt 1887, Nr. 7.
[9]) Festschrift des Frankf. ärztl. Vereines 1895.
[10]) Archiv f. mikroskop. Anatomie LVIII, p. 567.

sposobie, jedyną trudność stanowi odpowiednie, nie za silne i nie za słabe odbarwienie (zróżniczkowanie). W odbarwiaczu trzeba skrawki tak długo wypłókiwać, poruszając je igiełką, aż nie nabiorą popielatego (myszatego) lub żółto-brunatnawego odcienia. W ciągu całego postępowania muszą też skrawki być zupełnie wyprostowane i gładkie; w przeciwnym razie odbarwiają się niejednostajnie. Eppinger zaleca w końcu, zwłaszcza zanim się tym sposobem barwienia zupełnie zawładnie, sprawdzać stopień zabarwienia od czasu do czasu pod drobnowidem. Do przenoszenia skrawków używa Eppinger igieł szklannych.

Już z tego pobieżnego streszczenia widać, że sposób ten zabiera sporo czasu. Zamiast niego mogę polecić postępowanie krótsze i prostsze, które wypróbowałem jeszcze przed dokładniejszem zapoznaniem się ze sposobem Eppingera. Sposób ten daje zadawalniające wyniki, i jak mi się zdaje nie ustępuje sposobowi Eppingera. Opiera się on zresztą na podobnych zasadach, a jest następujący:

Niezbyt wielkie kawałki wątroby ustala się w 2% lub 4% formalinie, w której mogą leżeć dowolnie długo (jednak najmniej jedną, lub dwie doby). Następuje stwardnienie w wyskoku i zatopienie w celoidynie. Wprawdzie w cieńszych skrawkach (5 μ) uzyskuje się zazwyczaj jaśniejszy obraz; jednakże skrawki mogą być bez szkody i grubsze (10—12 μ). Znaczniejsza grubość skrawków może być nawet pożyteczną, jeżeli pragnie się badać przebieg kanalików żółciowych w różnych poziomach preparatu. Skrawki zaprawia się roczczynami związków chromu. Do tego celu można np. użyć 1/2 % roczczynu kwasu chromowego, w którym muszą skrawki leżeć przynajmniej dwie godziny w ciepłocie zwykłej. Opłókawszy je dokładnie w wodzie przekroplonej, przenosi się je do mięszaniny wodnego, na zimno nasyconego roczczynu octanu miedziowego, pół na pół z wodą, a potem wymywa się je ponownie w wodzie przekroplonej. Do barwienia nadaje się najlepiej taki roczczyn hematoksyliny, jakim Weigert pierwotnie zalecał barwić osłonki rdzenne (10% wyskokowy roczczyn hematoksyliny 10·0, nasycony wodny roczczyn węglanu litowego 1·0, woda przekroplona 60·0). Starsze roczczyny barwią lepiej i krócej, świeże gorzej i dłużej. Według jakości skrawka i wieku hematoksyliny trzeba barwić od kwadransa aż do kilku godzin. Można też zabarwienie przyspieszyć zapomocą podgrzewania, zbadawszy oczywiście przedtem, jak silnie barwi używana hematoksylina, i umiarkowawszy odpowiednio do tego czas barwienia. Wogóle jednak wyniki są lepsze, późniejsze odbarwienie jednostajniejsze, jeżeli zapraw i barwików używa się w roczczynach rzadszych, pozwalając im działać dłużej na skrawek. Nadmiar hematoksyliny wymywa się z zabarwionych skrawków zapomocą kilkakrotnie zmienianej wody przekroplonej. Do odbarwiania używałem odbarwiacza, podanego pierwotnie przez Weigerta *(Natr. biborac. 4·0, Kali ferricyanat. 5·0, Aqu. dest. 200·0)*, rozcieńczając go kilkakrotnie wodą, co się pod każdym względem zaleca. Jeżeli się używa odbarwiacza nierozcieńczonego, a skrawki zabarwiły się w hematoksylinie ciemno-szaro, prawie czarno, to wystarczy zwykle minuta, aby się cieńsze (5 μ), a 2—3 minut, aby się grubsze skrawki (10 μ) w sam raz odbarwiły. Całkiem ściśle czas na to potrzebny oczywiście oznaczyć się nie daje; w każdym przypadku trzeba go naprzód wypróbować. Bardzo jednak użyteczną wskazówką, że się skrawek odbarwił w miarę, jest chwila, w której wpada on w odcień popielaty (myszaty). Odbarwianie przerywa się zapomocą starannego wypłókania w wodzie przekroplonej. Skrawek można wyjąć z wody, zbadać pod mikroskopem, a gdyby się jeszcze dostatecznie nie odbarwił, przenieść z powrotem na czas jakiś do odbarwiacza. Dalej postępuje się już zwykłym sposobem (odwodnienie w wyskoku, wyjaśnienie w ksylolu z kwasem karbolowym, balsam kanadyjski).

Eppinger słusznie zaleca, zwłaszcza początkującemu, sprawdzanie stopnia odbarwienia od czasu do czasu pod drobnowidem; również jest rzeczą konieczną, ażeby skrawki w ciągu całego postępowania były gładkie i równe; natomiast zdaje mi się, że bez igieł itd szklannych zupełnie obejść się można, a zwykłe igły i łopatki nie wpływają na wynik barwienia.

Rzecz prosta, że nie jest rzeczą konieczną trzymać się niewolniczo w każdym przypadku czasu, podanego przeze mnie, w różnych częściach barwienia. Przy odrobinie wprawy technicznej nietrudno zastósować ten czas do danego przypadku, do grubości skrawków i t. d. i wynaleźć właściwą drogę, prowadzącą do najlepszych wyników barwienia. Pod tym względem nie powinnyby się nawet początkującym nastręczać trudności, ponieważ całe postępowanie jest bardzo proste. Przytem oszczędza się sporo czasu, ponieważ cały sposób wymaga zaledwo kilka godzin, a zaletą jego jest także to, że inne skrawki z tego samego kawałka, ustalonego w formalinie, można bezzwłocznie barwić dla porównania innymi sposobami.

Całe to postępowanie nie różni się więc prawie od klasycznego sposobu, którym Weigert pierwotnie zabarwił osłonki rdzenne. I od sposobu Vasalego różni się ono tylko w drobnych szczegółach (zaprawienie gotowych już, ustalonych w formalinie i stwardnionych w wyskoku skrawków związkami chromu, użycie pierwotnego, Weigertowskiego roczczynu hematoksyliny, zamiast 1% wodnego, który zalecał Vasale). Zresztą wspólną a najważniejszą zasadą wszystkich tych sposobów jest zaprawianie związkami chromu i miedzi, a zasada ta pozostała istotną i główną podstawą także i sposobu Eppingera.

Skrawki, które się dobrze zabarwiły, przedstawiają obraz następujący: jądra komórek, ściany kanalików żółciowych i włóknik są szarawo-czarne, lub całkiem czarne; cytoplazma komórek wątrobnych szarawo nakrapiana; krwinki czerwone odbarwiają się częściowo, tkanka łączna przybiera barwę żółtą, lub brunatno-żółtą. Przy sposobności nadmieniam, że zapomocą tego sposobu można doskonale uwidocznić w preparatach trwałych zwyrodnienie skrobiowate wątroby, chociaż, rzecz prosta, złogi substancyi skrobiowatej barwią się przytem wprawdzie odmiennie (żółto), ale nie swoiście.

Sposobem tym powiodło mi się zabarwić zadowalniająco sieć kanalików żółciowych w rozmaitych przypadkach (np. w wątrobach ludzkich stłuszczonych, marskich, żółtaczkowych, skrobiowatych, muszkatołowych, w przypadkach rzucawki, gruźlicy prosówkowej i t. d.*)). Można się przytem przekonać, że sposób ten nie ustępuje sposobowi Eppingera, to znaczy, że sposobem tym barwi się w kanalikach

*) Barwione w ten sposób preparaty przedstawiłem na posiedzeniu Tow. lek. krak. w d. 7. maja 1902.

żółciowych to wszystko, co wogóle daje się w nich zabarwić zapomocą różnych odmian sposobu Weigerta. Dowodem tego jest nietylko zgodność otrzymanych obrazów z rysunkami, podanymi w pracy Eppingera, ale co więcej — ta okoliczność, że w różnych przypadkach, w których nie było ani śladu żółtaczki, można było bardzo często spotkać kanaliki żółciowe międzykomórkowe, ślepym na pozór końcem docierające bezpośrednio aż do samej ściany włoskowatych naczyń krwionośnych, przylegających do beleczki komórek wątrobnych. Eppinger zaś utrzymuje, że takie obrazy, częste w przypadkach żółtaczki, w przypadkach bez żółtaczki spotyka się tylko wyjątkowo. Częstość takich obrazów w preparatach, barwionych podanym powyżej sposobem, a pochodzących z wątrób najrozmaitszych, gdzie żółtaczki nie było ni śladu, świadczy już sama dosadnie, że sposób ten w każdym razie może współzawodniczyć ze sposobem Eppingera. Nie koniec na tem. Używając opisanego sposobu, można wykazać w niektórych wątrobach stanowczo i niewątpliwie, że kanaliki żółciowe włoskowate biegną gdzieniegdzie na pewnej przestrzeni wzdłuż ściany naczynia włosowatego krwionośnego, sąsiadując z nią bezpośrednio. Niema przytem mowy o jakiemkolwiek złudzeniu optycznem, bo niejednokrotnie można wyraźnie widzieć, jak taki wzdłuż naczynia biegnący, cechujący się wyraźnym podwójnym konturem kanalik żółciowy przechodzi w kanalik międzykomórkowy, ustawiony prostopadle do osi beleczki wątrobnej i drugim swym końcem wlewający się do kanalika, leżącego w osi beleczki. I te także obrazy stwierdza się w przypadkach, w których nie było ani śladu żółtaczki, chociaż Eppinger stara się zaprzeczyć ich istnieniu nawet w wątrobach z takich przypadków, w których żółtaczka istniała, nie mówiąc już o przypadkach bez żółtaczki. A jednak jest to rzecz zupełnie pewna, wykazaną już dawniej inną drogą przez Browicza (Akad. Umiej. Krak. 8. stycznia 1900); dowodzi ona tembardziej, że sposób barwienia powyżej podany, posiada przynajmniej taką samą wartość, jak inne sposoby, wzorowane na sposobach Weigerta.

III. Z sali mamek i osesków szpitala św. Ludwika pod dyrekcyą Prof. Dra Jakubowskiego w Krakowie.

Kwaśna niestrawność jelitowa u dzieci karmionych piersią.

(Dyspepsia intestinalis acida lactatorum).

Napisał

Dr. Jan Raczyński,

Doc. pedyatryi w U. J.

(Ciąg dalszy)

Wiedząc, jak wielkim wahaniom ulega skład mleka kobiecego już w warunkach fizyologicznych, zrozumiemy, dlaczego mimo tak obfitego piśmiennictwa tego przedmiotu wraz z setkami i tysiącami badań, nie znajdujemy wyjaśnienia, w jakich warunkach i jakiego składu mleko może być przyczyną stanów chorobowych. Z wyjątkiem niepotwierdzonych dotąd badań Klemma, który upatruje przyczynę niestrawności w zachowaniu się istot białkowatych, nie znachodzimy w tym kierunku nic, coby do wyjaśnienia tej sprawy przyczynić się mogło*).

Dlatego też rozważającemu przyczyny omawianego cierpienia najodpowiedniejszem się zdawało zbadanie w danych chorobowych przypadkach mleka kobiecego, którem się dziecko karmi, spodziewając się znaleść duże różnice tłómaczące stan chorobowy oseska tem mlekiem karmionego. Dzięki uprzejmości profesora Jakubowskiego rozporządzałem całym materyałem mamek w szpitalu św. Ludwika (12 kobiet karmiących), ztamtąd też czerpałem mleko do badań, równocześnie czyniąc spostrzeżenia kliniczne. Rozbiorów chemicznych dokonywałem za uprzejmem pozwoleniem prof. Łazarskiego w pracowni chemicznej Zakładu farmakologicznego, pod okiem doc. dr. Lembergera, któremu też za niestrudzoną pomoc w całej tej pracy serdeczne składam podziękowanie.

Z kilku sposobów oznaczania sernika wybrałem metodę wagową; sernik strącony rozcieńczonym kwasem octowym z mleka ogrzanego do ciepł. 40° wypłókiwano, suszono i ważono; w odsączu oznaczano ilość białka surowiczego (albumin). W kilku przypadkach oznaczono sumę istot białkowatych w mleku przez oznaczenie ilości azotu sposobem Kjeldahla. Tłuszcz oznaczano wagowo w przyrządzie wyciągowym Soxhleta. Ze względu na zmienianie się mleka w czasie jednego karmienia, brano do badania próbkę mleka po odssaniu pewnej ilości przez dziecko (po trzech minutach). Chcąc uniknąć błędu w samej metodzie badania, a zarazem uzyskać liczby do porównania, dokonałem przedewszystkiem badań mleka kobiet, których dzieci zupełnie się zdrowo przedstawiały.

Następnie badano mleko kobiet w przypadkach wybitnej niestrawności karmionych nim dzieci.

1) *S. N.*, mamka, l. 29, karmi swoje 6 tygodniowe dziecko zupełnie zdrowe, spokojne, prawidłowo przybywające na wadze. Pokarm w obfitej ilości, wzięty do badana 11/2 1901 wykazuje: sernika 2·1%, istoty białkowate (albumin) 0·20%, tłuszczu 3·1%.

2) *M. K.*, mamka, l. 32, karmi swoje dziecko 3 tygodniowe, okazujące wybitne objawy niestrawności. Przybytek na wadze słaby (około 10 grm.), stolce zawsze rozdzielające się, czasami zielonawe; dziecko dużo krzyczy i t. p. Pokarm badany 22/2 1901 wykazuje: sernika 2·9%, istoty białkowate (albumin) 0·17%, tłuszcz 4·2%.

3) Pokarm mamki *M. W.*, 23-letniej, której dziecko 5 tygodniowe okazuje objawy niestrawności, badany 27/2 1901, wykazuje: sernika 1·9%, istot białkowatych nie oznaczono, tłuszcz 3·5%.

4) Pokarm kobiecy *H. F.*; dziecko cierpiące. Przybytek na wadze dobry. Mleko badane 2/3. sernika: 2·2%, istoty białkowate 0·15%, tłuszczu 4·9%.

W następnych rozbiorach oznaczono całą ilość białka w mleku przez oznaczenie azotu w przyrządzie Kjeldahla.

5) *J. K.* karmi dziecko zdrowe 4 tygodniowe. Mleko badane 5. marca 1901 wykazuje: istot białkowatych 2·4%, tłuszczu 3·6%.

6) *M. R.*, l. 31, karmi dziecko 5 tygodniowe, okazujące wybitne objawy niestrawności; pokarm badany 5/3 wykazuje: istot białk. 2·1%, tłuszczu 3·1%.

7) *W. S.*, l. 19, karmi dziecko 3 tygodniowe, cierpiące na niestrawność. Pokarm badany 5. marca wykazuje: istot białk. 2·7%, tłuszczu 3·4%.

Porównywując wyniki tych kilku oznaczeń chemicznych mleka, nie mogłem dopatrzeć się żadnego związku między stanem chorobowym, a większą lub mniejszą ilością jednego z oznaczonych składników i wobec tego dalszych rozbiorów mleka zaprzestałem, wyjaśnienia przyczyn stanu chorobowego poszukiwałem na innej drodze.

---

*) Rozprawa K. Gregora: Der Fettgehalt der Frauenmilch und die Bedeutung physiolog. Schwankungen desselben in Bezug auf das Gedeihen des Kindes. Lipsk 1901. Ukazała się już po napisaniu niniejszej pracy.

Zarzuciłby można powyższym rozbiorom, że dokonane jednorazowo nie mogły dać dokładnego pojęcia o składzie mleka, nadto że dotyczą one tylko dwu składników; wszakże Klemm domaga się, aby w każdym przypadku badać mleko: *a)* drobnowidowo, *b)* oznaczyć ciężar gatunkowy, *c)* ogólną ilość ciał azotowych, a osobno sernik, albuminy i resztą ciał białkowatych, *d)* oznaczyć ilość tłuszczu i punkt jego topliwości, *e)* ilość cukru — i *f)* ilość żelaza.

Nie wdając się w roztrząsanie pytania, o ile takie badanie jest w ogóle wykonalne, zaznaczę, że na postanowienie porzucenia tej drogi badań nietylko wpłynęły same wyniki dotychczasowych własnych rozbiorów mleka; zgodne doniesienia właśnie podówczas pojawiających się prac Kellera, Schlossmana, Kiesericklego obalały ogólnie przyjmowane, lecz dotąd przez nikogo nie udowodnione, zapatrywania o nieodpowiedniem mleku kobiecem. Czerny twierdzi, że nieodpowiedniem może być tylko mleko pochodzące z piersi, w której pokarmu ubywa, co najczęściej się dzieje wtedy, gdy kobieta, mająca dziecko kilkomiesięczne, spotrzebowujące większą ilość pokarmu i prawie wypróżniające pierś, dostanie do karmienia noworodka, który potrzebuje daleko mniejszych ilości mleka.

W tych warunkach powstaje zastój mleka z następstwami, do których w pierwszym rzędzie należy ubytek tłuszczu i cukru, później zanikanie pokarmu. Keller ostrzega przed zbyt pochopną zmianą mamki z powodu rzekomo złego pokarmu w przypadkach przystawiania dzieci chorych napowrót do piersi, gdy w krótkim czasie się nie poprawiają. Kieseritzky uważa za odpowiednie każde mleko zdrowej kobiety, dla każdego wieku oseska. Do tego samego przekonania doszedł Schlossmann, po przeprowadzeniu bardzo ścisłych, prowadzonych przez dłuższy czas badań mleka kobiecego; wyraża wątpliwość, czy istnieją przypadki, w których dziecko pokarmu nie znosi; sądzi, że wówczas przyczyną objawów nieprawidłowych jest ilość a nie jakość przyjmowanego pokarmu.

Podobnie wyraża się o tej sprawie także Marfan, upatrując przyczynę niestrawności w przyjmowaniu nadmiernych ilości pokarmu.

Śledząc za biegiem tej sprawy i rozpatrując wyniki badań mleka i wnioski stąd wysnuwane, zauważyć można, że w miarę tego, jak rozporządzamy coraz większą liczbą ścisłych rozbiorów mleka, dochodzimy do przekonania, że przyczyną zaburzeń w trawieniu u dzieci karmionych piersią nie może być sama jakość, mleka, lecz że przyczyna ta leżeć może i w dziecku samem. Na tę samą myśl naprowadzały także niektóre spostrzeżenia kliniczne, nie dające się wytłumaczyć nieodpowiedniem składem mleka: często przydarza się, że mamka, której pokarm, mimo zachowania wszelkich prawideł dyetetyki, wywołuje objawy niestrawności u jednego dziecka, może karmić inne dziecko z zupełnem powodzeniem, bez śladu jakichkolwiek zaburzeń. Na sali mamek w szpitalu św. Ludwika, gdzie każda mamka karmi dwoje dzieci, swoje i obce, widziałem niejednokrotnie, że z dwojga tych dzieci, karmionych tym samym pokarmem, jedno tylko okazuje objawy niestrawności.

Czy możemy wytłómaczyć to zjawisko, przyjmując, że zawsze tylko pokarm jest przyczyną zaburzeń? Ujemne wyniki dotychczasowych usiłowań wykazania szkodliwości mleka przez oznaczenie chemiczne poszczególnych składników wskazywały również na inną drogę, po której można się było spodziewać wyjaśnienia tej sprawy.

W skreśleniu obrazu omawianego cierpienia wspomniano już, że największe nieprawidłowości dotyczą zachowania się stolca. Obok przytoczonych już tam właściwości podnieść jeszcze należy, na co liczni autorowie zwracają uwagę, nieprawidłową kwaśność stolców.

Zadajmy sobie pytanie, kiedy stolec dziecka w prawidłowych warunkach jest kwaśny i od czego ta kwaśność zależy?

Z dotychczasowych badań, a głównie z klasycznych badań Eschericha nad drobnoustrojami prawidłowo przebywającymi w przewodzie kiszkowym wiemy, że w żołądku i kiszkach zdrowego, piersią karmionego oseska, przebywają stale zawsze te same gatunki drobnoustrojów. Jest to t. zw. prawidłowa flora bakteryjna, zmieniająca się przy zaburzeniach w przewodzie pokarmowym, wracająca z powrotem do zdrowia.

Dalsze badania wykazały, że ta prawidłowa flora odgrywa w akcie trawienia niepoślednią rolę, liczyć się z nią musimy tak samo, jak z działaniem wydzielin gruczołowych, gdyż rozkładając węglowodany, wytwarza kwasy, nadające treści jelit odczyn kwaśny i broniące tem samem przed rozwijaniem się innych drobnoustrojów, szkodliwych dla ustroju.

Odczyn kwaśny treści pokarmowej niedopuszcza do rozwijania się proteolitycznych, rozszczepiających drobnoustrojów, żyjących w alkalicznych odczynach. Te właśnie drobnoustroje są główną przyczyną gnicia treści jelitowej; brak ich u osesków karmionych piersią sprawia, że u nich treść jelit nie gnije, lecz kiśnie. Ten fakt udowodnionym był wcześniej zanim wykazaną była jego przyczyna, a mianowicie badaniami Senatora, który pierwszy zauważył, że mocz dzieci karmionych piersią nie zawiera indykanu.

Z dotychczasowej wiedzy o jakości i rodzajach drobnoustrojów, znajdujących się w fizyologicznych warunkach w przewodzie pokarmowym, przytoczyć należy, że przewód pokarmowy noworodka w chwili przyjścia na świat jest jałowy; w 3 — 7 godzin po pierwszym oddechu zjawiają się bakterye (koki, *subtilis*), które jednak z chwilą podania pierwszego pokarmu mlecznego ustępują miejsca innym gatunkom, późniejszym stałym mieszkańcom przewodu pokarmowego.

Jak już wyżej wspomniano, dotychczas znaną nam morfologia i biologia tylko pewnej części bakteryj, znajdujących stale się w przewodzie pokarmowym; z tych jednak najwięcej wchodzą w rachubę tak ze względu na to, że znachodzą się stale jak i przeważają nad innymi co do ilości, dwa rodzaje, tj. *bacterium lactis aerogenes* i *bacterium coli commune*. Wspólną własnością obu tych drobnoustrojów jest wywoływanie kiśnienia, jednak różnym jest zakres i sposób ich działania. Pierwszy z nich działa głównie na cukier mleczny, znajdujący się w mleku i rozszczepia go na kwas mlekowy, bezwodnik węglowy i wód (według Baginskyego na: kwas octowy, w dalszym ciągu na bezwodnik węglowy, methan i wodór). Zdaniem Eschericha wpływ tego drobnoustroju ogranicza się do górnej połowy jelita cienkiego, jest to więc część jelita, w której sprawa rozszczepiania cukru mlecznego najenergiczniej się odbywa, t. zw. *„Milchsäugdh-*

rungszone". Tu znajduje się on najobficiej, ubywa w miarę zbliżania się do jelita grubego, co przypisuje Escherich, ubywaniu pożywki, tj. cukru mlecznego, czemu sprzeciwiają się jednak badania Wegscheidera, Blauberga i innych.

Działanie *bacterium coli cummune* polega na rozszczepianiu znajdujących się w treści jelit obojętnych tłuszczów na kwasy tłuszczowe i glicerynę; ma to miejsce głównie w jelicie grubym, gdzie właśnie ten drobnoustrój znajduje się w znacznej ilości; te same własności, chociaż w znacznie mniejszem stopniu, posiadają i inne gatunki, żyjące w przewodzie pokarmowym. Wynik tej wspólnej pracy jest ten, że treść jelita, mimo alkalicznie oddziaływujących wydzielin gruczołów trawiennych jelit, w dalszym ciągu jest kwaśna, że ostatecznie kał dziecka żywionego piersią oddziaływa kwaśno, zawdzięczając swą kwasotę głównie obecności kwasów tłuszczowych.

Kał dzieci żywionych mlekiem krowiem nie posiada tej własności, a to dlatego, że stosunek ilości sernika do ilości tłuszczów w mleku krowiem jest inny, niż w mleku kobiecem, gdyż mleko krowie zawiera zwykle większe ilości sernika, który wiąże sole alkaliczne, wytwarzając kwasy, że zawiera mniejszy odsetek tłuszczów, materyału, z którego kwasy się wytwarzają. Że ta własnie okoliczność jest zależnie od rodzaju mleka przyczyną tej różnicy w oddziaływaniu stolca, udowodnił Biedert, wykazując, że stolec dziecka żywionego mlekiem krowiem oddziaływa kwaśno wtedy, jeśli podamy dziecku mleko o wysokim odsetku tłuszczu;. ten sam fakt stwierdził też Uffelmann, gdyż przekonał się, że stopień kwaśności idzie równolegle do wysokości odsetka tłuszczu.

Z tego co wyżej powiedziano wynika, że wytworzona, skutkiem kiśnienia wywołanego drobnoustrojami, czyli prawidłową florą, kwaśność treści jelit, począwszy od jelita cienkiego aż do końca przewodu pokarmowego, nie jest ilością stałą, że stopień tej kwaśności może być różnym, że, o ile dotąd jest wiadomo, zależnym on jest od rodzaju i składu mleka. Śledząc dalej za tą sprawą, wypada zadać sobie pytanie, czy nie należałoby przypuścić, że inne czynniki, składające się na ten fakt wytwarzania kwasów, mogą w pewnych razach spełniać nieprawidłowo swoją funkcyę, jak również zapytać, czy przekraczająca pewne granice sprawa kiśnienia nie odbija się w jakiś sposób na narządzie trawienia, czy nie wywołuje objawów chorobowych?

Klinicyści odpowiedzieli już twierdząco na te pytania; zauważyli oni już dawno, że istnieją cierpienia przewodu pokarmowego połączone z nadmierną kwaśnością treści i przypisywali stanowi temu wywoływanie pewnych objawów. O nadmiernej kwasocie stolców czytamy w pracy Jakubowskiego „O niestrawności u niemowląt“ z r. 1864. Obszernie omawia tę sprawę Widerhofer w IV. b. tomie Gerhardta *Handbuch der Kinderkrankheiten*. W ustępie zatytułowanym „Dyspepsie“ roztrząsa sprawę nadmiernej ilości kwasów w jelitach, wyjaśnia ich pochodzenie, kreśli objawy tego stanu chorobowego, powołuje się na rozbiory chemiczne (jakościowe) kału, dokonane przez Ludwiga, a stwierdzające obecność kw. masłowego. Znane są prace Uffelmanna i Biederta nad oddziaływaniem stolców i badaniem warunków, wśród których pojawia się kwaśność stolców. Blauberg oznaczył ilościowo kwasotę stolców oseskôw żywionych mlekiem kobiecem i żywionych mlekiem krowiem, czyni przytem uwagę, że kwasota jest różną w różnych przypadkach a zależną jest w pierwszej linij od natężenia sprawy kiśnienia w jelitach. Biedert przypisuje znaczenie badaniu kwasoty stolców i podaje sposób przesyłania stolców na miejsce odległe do zbadania, zaleca jednak tylko sposób badania papierkiem lakmusowym.

Bez przesady można twierdzić, że niema podręcznika chorób dzieci, w którymby nie zwracano uwagi, że w pewnych stanach chorobowych stolce oddziaływują kwaśno i nie przypisywano temu objawowi pewnego znaczenia. Mimo to nie napotykamy w piśmiennictwie naszem żadnego dowodu na powyższe twierdzenie, żadnych danych, z których możnaby się dowiedzieć czy rzeczywiście kwasota stolców może być raz wyższą raz niższą, czy stan ten zależy tylko od rodzaju pokarmu, czy też od warunków, jakie pokarm napotyka w jelitach i t. d. (Ciąg dalszy nast.).

IV. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. lwowskiego Prof. Dra Marsa.

Ciąża, poród i połóg u osób obarczonych wadą serca.

Skreślił
Dr. Rudolf Brejter,
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Po skreśleniu zachowania się układu krwionośnego podczas ciąży, porodu i połogu w warunkach fizyologicznych, poświęcę kilka słów ciąży powikłanej wadami serca w ogólności. Muszę z góry zaznaczyć, iż serce z najlepiej wyrównaną wadą nie jest tak wyposażone, jak serce prawidłowe;— jego bowiem siła zasobowa, ta zdolność akomodacyi, waha się w znacznie ciaśniejszych granicach, które znowu zależą od rozciągłości wad zastawkowych i od stanu samego mięśnia sercowego.

Praca serca podczas ciąży — jak wyżej powiedzieliśmy, — nieznacznie rośnie; trudniejsze te warunki pokonuje z łatwością serce zdrowe; serce zaś obarczone wadą organiczną i następowym przerostem, którego siła zasobowa wystarcza zaledwo na pokonanie potrzeb życia codziennego, serce takie samem tylko rozszerzeniem oddziaływać na ciążę nie jest w możności. W tych przypadkach musi mięsień sercowy postępować dalej drogą, na jaką już raz wkroczył, by pokonać pracę, zwiększoną niedomykalnością zastawek, t. j przerastać musi dalej, — w przeciwnym razie występują objawy niedomogi.

Jeśli teraz przerost mięśnia sercowego postępuje równomiernie z rozwojem ciąży, względnie ze wzrostem wymagań, jakie wkłada na niego rozwijająca się ciąża, wówczas nie mamy żadnych zaburzeń ze strony układu krwionośnego; chora z wadą serca rodzi na czasie, połóg przebiega prawidłowo, co więcej — wada taka w ogromnej liczbie przypadków zostaje nie spostrzeżoną przez lekarza. Przerost wówczas jest zupełnym — doskonałym. Przebieg taki zdarza się w 60—70% wszystkich przypadków wad serca u ciężarnych.

Inaczej rzecz się przedstawia, jeśli mięsień sercowy, bądź wskutek niedostatecznych warunków odżywczych, bądź też wskutek zmian zaszłych w nim samym — nie

może przerostem nadażyć w miarę rozwijania się ciąży i rosnących wymagań.

Przeglądając ogromną liczbę przypadków, opisanych przez autorów, możemy cały ten materyał. t. j. przypadki czystych [1]) wad serca, podzielić na trzy wielkie grupy. Do I. grupy zaliczam przypadki, w których mięsień sercowy, nie mogąc chwilowo nadążyć wymaganiom rosnącym w miarę rozwoju ciąży, kilkakrotnie, co pewien czas, popada w lekki stan znużenia, objawiający się lekką dusznością, biciem serca, napadami osłabienia. — Stan taki chwilowego osłabienia trwa krótko i za każdym razem serce nadąża i pokonuje zwiększone wymagania, aż do prawidłowego terminu porodu. Z tą chwilą ustępują zupełnie objawy niedomogi. Zdaje mi się, iż do tej grupy można zaliczyć większą połowę opisanych przypadków.

Do II. grupy należą przypadki, w których po wystąpieniu objawów niedomogi mięsień sercowy z różnych przyczyn nie może nawet pod wpływem odpowiedniej terapii nadążyć z przerostem, lecz stan chorej wcale się nie poprawia, lub nawet stale pogarsza aż do porodu. W tych dość licznych przypadkach na szczęście *vis medicatrix naturae* w sam czas przychodzi z pomocą, zwykle bowiem następuje przedwczesny poród, względnie poronienie. Z chwilą tą objawy niedomogi powoli ustępują, stan chorej stale się poprawia, trudniej jednak i powolniej, niż w przypadkach grupy pierwszej.

Do III. grupy zaliczyć mi wypada przypadki, w których mięsień sercowy na zwiększone ciążą wymagania nietylko iż nadal nie może oddziaływać przerostem, — lecz siły jego stale upadają wskutek postępującej naprzód sprawy zwyrodnienia. I w tych smutnie zwykle kończących się przypadkach, skoro nawet przychodzi do przedwczesnego porodu, względnie poronienia, terapia okazuje się bezsilną i nie jest w możności powstrzymać postępującego szybkim krokiem naprzód przeobrażenia wstecznego. Są to przypadki w całem tego słowa znaczeniu niepomyślne, lecz na szczęście rzadko się wydarzające. Bezpośredniej zatem przyczyny zaburzeń w obiegu krwi podczas ciąży szukać należy nie w rozciągłości zmian na zastawkach, jak niektórzy autorzy sądzą,— nie w zmienionych warunkach ciśnienia krwi, — lecz w stopniu sprawności samego mięśnia sercowego, w jego zdolności przystosowania się do zwiększonej pracy, w jego sile kurczliwości i w ogólnych warunkach odżywczych.

Nie ulega wątpliwości, iż w tych warunkach wszelkie powikłania i świeże sprawy zapalne śródsierdzia pogarszają znacznie rokowanie. Do powikłań takich zaliczamy miąższowe zapalenie nerek, — zapalenie powrotne śródsierdzia *(endocarditis recurrens)* — z następowymi często się przydarzającymi zatorami, jakoteż wszystkie sprawy gorączkowe i zakaźne, mające związek z porodem. W tych przypadkach rokowanie staje się o wiele gorsze, wprost niepomyślne. Już wyżej wspomniałem, iż statystyka śmiertelności w lwowskiej klinice silnie odbija i stoi w widocznej sprzeczności ze statystyką autorów, czerpiących swe źródła w zakładach prywatnych lub z praktyki prywatnej. O powodach tych różnic wspomniałem wyżej. Obecnie dla lepszego rozejrzenia się przedstawiam szematyczne zestawienie statystyk, które mi były dostępne.

[1]) Przypadki z czystemi wadami serca nazywam te, w których inne narządy, prócz serca; nie okazują zmian chorobowych.

Statystyka śmiertelności wad serca wśród ciąży, porodu i połogu.

Imię autora	Liczba przypadków	Liczba przypadków śmierci	Obliczenie odsetkowe	Uwaga
Macdonald	28	17	60·7	
Berry-Hart	8	7	87·5	
Lublińsky	7	5	71·4	
Wessner	77	38	49·3	Przypadki te są zebrane z kazuistycznych ogłoszeń w piśmiennictwie.
Wessner	25	1	4·0	Przypadki z kliniki berneńskiej.
Leyden	20	11	55·0	
P. Mueller	58	23	39·5	
Schlayer	25	10	40·0	
Jaworski	10	3	30·0	
Guérard	13	4	30·7	
Schneider	14	1	7·1	Z kliniki w Marburgu.
Lwoff	—	—	12·0	
Wiesenthal	8	1	12·5	
Jess	29	1	3·4	Z kliniki lekarskiej w Kilonii.
Vinay	20	0	0	Z Hôtel Dieu w Lyonie.
Herse	22	0	0	Z kliniki położ. w Würzburgu.
Fellner	94	6	6·3	Z kliniki w Wiedniu prof. Schauty.
Brejter	33	2 [2])	6·0	Z kliniki lwowskiej prof. Marsa.

Dla lepszego przeglądu i zwięzłości ująłem krótkie historye chorób tych 33 przypadków w tablice poglądowe, które do dzisiejszego zeszytu „Przegl. lekar.“ dołączam.

Statystyka niniejsza jest jedną z liczniejszych. Zaznaczam na wstępie, iż na 33 przytoczonych przypadków znajduje się 31 czystych wad serca, których śmiertelność równa się zeru, dwa zaś przypadki z powikłaniami: oba zakończyły się śmiercią. Zwracam uwagę na to, iż ściśle odróżniam przypadki czystych wad serca wśród ciąży — od przypadków wad serca z powikłaniami. Ogromna bowiem zachodzi różnica co do rokowania, — a i terapia w wielu względach się różni. — Szczególniejszy zaś nacisk kładę na terapię, — która, jak dziś sprawa stoi, — niekiedy zanadto jest wkraczającą, zbyt radykalną, — niekiedy znowu za ostrożną, zwłaszcza w przypadkach, które już z góry uważamy za stracone. Nigdzie jednak tak często niespodzianki się nie przydarzają, jak właśnie w przypadkach ciąży powikłanej wadą serca, które uważamy za stracone. Na 31 przypadków czystych wad serca nie straciliśmy zatem ani jednej chorej. W przypadku — 31, w sześć tygodni po wypuszczeniu pacyentki z kliniki nastąpiła śmierć nie bezpośrednio wskutek niedomogi serca, lecz wskutek zakażenia połogowego, z następowem zwyrodnieniem mięśnia sercowego i z następowej niedomogi.

Wszystkie stany gorączkowe w połogu przy obecności wady serca wpływają bardziej szkodliwie na ustrój, niż przy sercu zdrowem; — gorsze bowiem odżywianie tkanek czyni je mniej odpornemi na wtargnięcie koków. — Przeglądając historye chorób, mimowoli uderza nas wielka ilość porodów przedwczesnych i poronień [3]). Na 33 przypadków przerwanie ciąży dobrowolne nastąpiło w 14 przypadkach; u 12 z tych chorych żadnej innej przyczyny przerwania ciąży wykazać nie można było, jak tylko wpływ zmian

[2]) Z tych dwóch przypadków: w jednym było: *Endocarditis ulcerosa.-Nephritis chron.*, w drugim: *Insufficientia valvul-semilunar. aortae, myo- et pericarditis.* Autopsye wykonane przez Dra Kučerę potwierdziły oba rozpoznania.

[3]) Dokładnej statystyki przypadków wczesnych poronień nie robiłem; dwa zaś przypadki w niniejszej statystyce przypadają na okres statystyki systematycznej, t. j. na czas 6-cio miesięczny, w którym wszystkie, zgłaszające się przypadki położnicze sam badałem.

w sercu. Jeśli do powyższej liczby dodamy jeszcze przypadek 31, dotyczący chorej, która podczas ciąży opuściła klinikę i u której również według doniesienia listownego poród nastąpił przedwcześnie, otrzymamy 39.4%. U 16 chorych poród nastąpił w oznaczonym czasie, a między tymi dwa razy poród bliźniaczy. Uwzględniając zaś wszystkie poprzednio odbyte porody naszych chorych, okaże się, iż na 103 porodów u 32 chorych nastąpiło przedwczesne przerwanie się ciąży 23 razy, co czyni 22.3%.

W ogóle na 33 chorych — 18 przebywało przedwczesne przerwanie ciąży, 14 rodziło na czasie, między temi 4 pierwiastki, jedna zaś pierwiastka, jako ciężarna, opuściła klinikę.

Na podstawie zatem naszej statystyki okazuje się, iż 55·1% porodów u osób z wadą serca — występuje przedcześnie. Inni autorowie podają również wysoki odsetek przedwczesnego przerwania ciąży. I tak Guérard 40·5%, Leyden 48%, Laubinger 28·2%, Peter 46·2%, Schayer 21·4%. Słusznie zatem podaje Porak radę pisząc: „en prosence d'avortements séccessifs il faut ne jamais oublier d'ausculter le coeur, si l'on veut trouver la cause des expulsions prématurées".

Według zapatrywania Spiegelberga większe niebezpieczeństwo przedstawiają wady serca niedawno nabyte,— wady świeżego pochodzenia, — statystyka zaś nasza wykazuje nam wręcz coś przeciwnego. Właśnie u wieloródek, u których już w poprzednich porodach występowały objawy niedomogi serca i to niejako stopniowo przy każdym następnym porodzie wybitniej, — można było stwierdzić ciężkie objawy ze strony serca, wprost zagrażające ich życiu. Na 13 przypadków przedwczesnego przerwania ciąży było 11 wieloródek, a 2 pierwiastki. U każdej niemal wieloródki wywiady wykazują, iż pierwsze porody były czasowe i prawidłowe lub z nieznacznymi objawami ze strony serca; w miarę liczby porodów występowały tem wybitniej objawy niedomogi i tem wcześniej przedwczesne przerwania ciąży. Na tej podstawie zatem śmiało twierdzić możemy, iż w miarę liczby porodów serce coraz bardziej odmawia posłuszeństwa, — łatwiej występują poronienia i porody przedwczesne tak, iż przypuszczać należy, że każdy poród następny pozostawia piętno po sobie, przynosząc uszczerbek wytrzymałości serca i przyspieszając powolnym krokiem z latami postępujące naprzód zwyrodnienie mięśnia sercowego.

Jak wyżej wspomniałem, nie mieliśmy u naszych chorych z czystemi wadami serca pomimo bardzo ciężkich objawów niedomogi ani jednego przypadku śmierci. Stwierdzić tylko było można, iż objawy ze strony serca wzmagały się wybitnie podczas porodu, w połogu zaś ustępowały powoli i stopniowo. W dwóch tylko przypadkach (21,4) był stan po porodzie coraz gorszy, — pod wpływem jednak naparstnicy powoli nastąpiło polepszenie. W przypadkach tych widocznym był zbawienny wpływ tego leku. Przed porodem i wśród porodu podano tra strophanti; wyraźnego skutku atoli nie stwierdzono; gdy zaś po porodzies tan chorej zaczął się pogarszać, podano naparstnicę, pod wpływem której, objawy niedomogi powoli ustąpiły. Zaznaczam, iż w obu przypadkach była wada zastawki dwudzielnej.

Statystyka śmiertelności noworodków nie przedstawia się u nas tak fatalnie, jak n. p. w klinice Martina, gdzie 40%, — według Schlayera zaś 25% dzieci przychodzi na świat obumarłych. Na 30 dzieci, — między temi dwa razy bliźnięta, — przypada 4 nieżywo urodzonych, t. j. 12·4%. Trzy noworodki nieżywo urodzone były niedonoszone; z po między 26 noworodków żywo urodzonych 7 było niedonoszonych — czyli, że na 30 dzieci przypada 10 niedonoszonych, co czyni 31%.

U położnic z wadą serca występowały stosunkowo dość często obfite krwawienia tuż po porodzie z powodu złego kurczenia się macicy (1, 9, 12, 22, 25, 29). W żadnym z tych przypadków nie spostrzeżono wskutek tego złych następstw, owszem nawet w przypadkach, które sam spostrzegałem, — doznawałem wrażenia, iż krwawienie przyczyniło się do szybkiego, doraźnego polepszenia stanu chorych, objawy zaś niedomogi, aczkolwiek wybitne w tych przypadkach, ustępowały w bardzo stosunkowo krótkim czasie, może szybciej, niż w przypadkach, w których macica dobrze się kurczyła.

Wpływ ten obfitszego krwawienia należy uważać tylko za chwilowo korzystny, o ile bowiem działa na ustrój osłabiająco, musi być niekorzystnym. Ważnem, sądzę, jest to, że krwotok mierny u tych osób nie jest bardziej niebezpieczny jak u zdrowych, lecz nawet chwilowo przyczynia się do zmniejszenia groźnych objawów niedomogi.

Spostrzeżenie to przemawia przeciw teoryi Fritscha, iż zaraz po porodzie prawy przedsionek serca za mało otrzymuje krwi i cała krew zostaje nagromadzoną w dużych naczyniach żylnych jamy brzusznej; łatwość znoszenia krwotoków u tych położnic i ta szybkość w wyrównaniu zaburzeń w obiegu krwi przemawiają raczej za wręcz przeciwną teoryą Spiegelberga, na którą zgadzają się Löhlein, Schlayer i inni, a do której również przychylam się z małemi zmianami.

W wielu przypadkach, a może w większej części przypadków, macice zwijały się bardzo leniwie w ogóle w połogu. Mimowoli przychodzi na myśl pewien związek przyczynowy z wadą serca, skoro się to spostrzega w klinice w pewnym czasie tylko u osób, obarczonych wadą serca, a u wszystkich innych zdrowych widzi się dobre zwijanie się macicy. Podczas gdy u osób zdrowych można było 10 dnia połogu znaleść macicę, wyczuwalną zaledwie nad spojeniem łonowem, to u obarczonych wadą serca sięgały macice w tymżesamym czasie na szerokość 2—3 palców poniżej pępka.

Przychodzi mi na myśl rodzaj samopomocy ustroju jeśli wolno użyć przenośni i tak się wyrazić. — W miarę bowiem zwijania się macicy i wyłączania skutkiem tego dróg ubocznych (kolateralnych) zwiększają się opory w krążeniu i rośnie praca serca; — w miarę zaś powolnego bardzo zwijania się macicy, również bardzo nieznacznie i stopniowo rośnie praca serca; — serce to ma zatem możność stopniowego przystosowania się powoli do rosnących wymagań i nie jest narażone na szybsze zmiany w ciśnieniu krwi. W niektórych przypadkach spostrzegałem, iż w kilka dni po porodzie, już po ustąpieniu objawów niedomogi serca, — nagle wystąpiło pogorszenie, pod postacią omdlewania, bicia serca, nieregularnego tętna, które zwykle po podaniu leków podniecających po kilku godzinach lub po jednym dniu trwania ustępowało; — może i w tych razach przy dokła-

dniejszem spostrzeganiu stanu macicy dałby się wykazać związek przyczynowy pomiędzy sercem a wysokością dna, względnie szybkością zwijania się macicy.

Również zwrócić muszę uwagę, iż w przypadkach przedwczesnego porodu łożyska z małymi wyjątkami okazywały prócz starszych, zupełnie świeże wynaczynienia krwi. Przyczyny tych wynaczynień szukać należy według Müllera w zastoju żylnym z następowemi wynaczynieniami i z następowem odklejaniem się łożyska. Webster zaś kładzie nacisk głównie na niedostateczne utlenianie się krwi, co znowu jest czynnikiem wywołującym bóle porodowe.

C. d. n.

V. Wyciągi.

Schönwerth. **Przypadek ostrego zapalenia kręgów.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1902, Nr. 7). Choroba ta należy do rzadkości; w całem piśmiennictwie zanotowano 41 przypadków. W przypadku autora chory dostał nagle bólu w krzyżach, który uniemożebniał chodzenie i schylanie się ku przodowi; ból ten rozprzestrzeniał się na lędźwie, a najbardziej na lewo od kręgosłupa. Przy badaniu przedmiotowem znalazł autor kręgosłup w części piersiowej skrzywiony nieco na lewo; okolice ostatnich żeber, ostatnich kręgów piersiowych i dwóch lędźwiowych na dotyk wrażliwe, ciepłota znacznie podwyższona. Drugiego dnia wystąpiła niemożność podnoszenia się z łóżka z powodu bólów, wyrostki tylne XII kręgu piersiowego i I lędźwiowego przy dotyku bardzo bolesne; okolica brzucha po stronie lewej również bolesna. Trzeciego dnia bolesność przy dotykaniu kręgów prawie ustąpiła, chory mógł się przy pomocy dźwigać z łóżka, z powodu zaś postawionego rozpoznania: *Abscessus paranephriticus* przystąpiono do operacyi, która rozpoznania nie potwierdziła. W trzy dni później chory wśród ustawicznej gorączki umarł. Przy sekcyi znaleziono w okolicy I kręgu lędźwiowego po prawej stronie wyrostka tylnego w kości, pozbawionej w tem miejscu okostnej, ubytek wielkości orzeszka, sięgający aż do rdzenia kości. Ubytek ten zawierał małą ilość ropy, jednakże komunikacyi z jamą rdzeniową nie było. Badanie bakteryologiczne tego miejsca i krwi dało czystą hodowlę gronkowca ropnego złocistego. Autor uzasadnia błąd w rozpoznaniu przed operacyą zmniejszeniem się objawów w trzecim dniu choroby, co nie odpowiadało zwykłemu typowi ostrego zapalenia kręgów, a chory przecież mógł się już nawet przy pomocy służącego dźwignąć z łóżka; za ropniem kołonerkowym przemawiała bolesność i wrażliwość w okolicy lędźwiowej lewej, nadto ból przy dotykaniu ostatnich żeber i ból w podżebrzu. Ustąpienie bólów trzeciego dnia odpowiadałoby z największem prawdopodobieństwem przebiciu ropnia przez warstwę korową kości kręgu, co sprawiło choremu chwilową ulgę. Śmierć była następstwem ogólnego zakażenia krwi gronkowcem. Przypadek ten o tyle był trudny do rozpoznania, iż nie było czasu do wytworzenia się objawów, któreby rozpoznanie ostrego zapalenia kręgów usprawiedliwiało, mianowicie nie przyszło w okolicy schorzałej do obrzęku i chełbotania, coby zmusiło do nacięcia, odsłonięcia kości i wydłutowania części kostnych, zniszczonych ropną sprawą zapalną. Za punkt wyjścia tego zapalenia i następowego zakażenia krwi uważa autor czyrak na lewem przedramieniu chorego.

B. Żmigród.

Ochsner. **O dających się uniknąć powikłaniach przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1902, Nr. 8). Aby uniknąć powikłań w zapaleniu wyrostka robaczkowego trzeba uchwycić tę chwilę, kiedy wyrostek znajduje się w stanie zapalnym, a zapalenie nie przeniosło się na otoczenie; — to jest najdogodniejsza pora do wycięcia wyrostka. Okresem tym, oznaczanym przez autorów jako najodpowiedniejszy do wkroczenia, są pierwsze 36 godzin po wystąpieniu napadu; operacya jest wtedy łatwa, rokowanie bardzo dobre. Lekarze jednak w tym czasie nie często dostają chorych, nie zawsze rozpoznanie odrazu jest ustalone i nie zawsze chirurg znajduje się w miejscu. Jeśli jednak ten ostatni warunek daje się wypełnić, to zdaniem wielu autorów, między nimi Kümmela, Sonnenburga, trzeba operować w przerwie między bólami, najtrudniejsze zaś są przypadki spóźnione dla okresu operacyjnego w pierwszych 37 godzinach, lub jeśli bóle trwają bezustannie. Na podstawie 620 przypadków w $3^1/_2$ latach, a w szczególności na podstawie 17 przypadków bardzo pilnie spostrzeganych i badanych przez trzy miesiące, potwierdza autor swe spostrzeżenie, zrobione przed dziesięciu laty, że zapalenie ogranicza się we wszystkich prawie przypadkach tylko na wyrostek, jeśli się w przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego nie podaje od początku choroby bezwzględnie żadnych pokarmów przez usta. Autor tłómaczy to w następujący sposób: sieć kładzie się około wyrostka, a obok sieci jelito cienkie; zastawka Bauhina zamyka się i nie przepuszcza ani gazów, ani treści jelitowej, nadto spokój powstały potęguje jeszcze skurcz mięśni brzucha nad schorzałym wyrostkiem. Jeśli następowo zaś przychodzi do zgorzeli lub do przedziurawienia wyrostka, to nie powstaje wtedy ogólne zapalenie otrzewnej, jak długo ruchów robaczkowych niema. Dawniej sposób ten postępowania ograniczał autor tylko do pewnej liczby wybranych przypadków; obecnie od trzech lat we wszystkich tak postępuje i doszedł do tego przekonania, że powikłania dają się bezwarunkowo we wszystkich prawie przypadkach uniknąć, a jeśli już nawet istnieją, to postępowanie to stanowczo polepsza rokowanie. W razie skłonności do wymiotów płócze się regularnie żołądek; można tylko podawać co cztery godziny małe ilości ciepłej wody przez usta i lewatywy odżywcze, przyczem powinno się unikać środków przeczyszczających i dużych lewatyw.

B. Żmigród.

Prof. Kisch. **Kąpielowe leczenie nerwowo-czynnościowych zaburzeń serca.** (*Wiener med. Presse* Nr. 18, 1902). Mianem tem objęte są to przypadki schorzeń serca, w których przedmiotowo żadnej chorobowej zmiany w narzędzie krążenia wykryć nie można, a źródło choroby leży natomiast w unerwieniu serca. Jako pierwsze objawy choroby podają chorzy „bicie" serca, które — bez jakiejś widocznej przyczyny nagle się pojawiło, trwało kilka minut i kilka razy w tym samym dniu się powtórzyło; od tego czasu powtarzają się te napady w nierównych odstępach czasu. Obok tego miewają chorzy przykre uczucie ucisku w okolicy serca, uczucie lęku, i zdaje im się, jakoby serce bić przestało, czemu towarzyszą zawroty głowy, chód niepewny, w rzadkich zaś przypadkach omdlenie. Do znanych etyologicznych czynników (nadużycia: płciowe, tytoniu, wyskoku) dodaje autor jeszcze dwa, z których pierwszy odnosi się do nadmiaru zajęcia umysłowego, drugi pojawia się jedynie u młodych dziewcząt w okresie pokwitania, znikając potem po wystąpieniu pierwszego miesiączkowania. W obydwóch tych przypadkach uważa Kisch uczucia podmiotowe chorych jako następstwo nadmiernego napięcia układu nerwowego w ogólności a nerwów regulujących czynność serca w szczególności. Na usunięcie wyżej opisanych zaburzeń nic tak dobrze nie wpływa, jak leczenie kąpielowe, które też przedstawia wdzięczne pole działania. W pierwszym rzędzie zasługują na uwagę kąpiele, zawierające kwas węglowy, naturalnie ciepłe, lub też sztucznie ogrzane, o ciepłocie mniej-więcej 32°—33° C.; a czas trwania kąpieli od 5—8 minut; przy użyciu solanek należy mieć na względzie, by zawartości soli w wodzie kąpielowej nie przekraczała $1—1^1/_2\%$. Przedłużenie czasu kąpania, zarówno jak i podwyższenie ciepłoty wody i zawartości soli, ma następować zwolna i stopniowo, — tak samo rzecz się ma z przejściem od wód stojących, spokojnych do płynących, falujących. Z zabiegów wodoleczniczych znajdują zastosowanie wilgotne zawijania, okłady w połączeniu z mięsieniem, ruchami biernymi i z oporami, — obok tego nie należy spuszczać z oka leczenia dyetetycznego. W każdym razie należy i psychicznie zadziałać na chorego — starać się go przekonać, że nie jest dotknięty żadną organiczną wadą serca.

Dr. Pisek (Podgórze).

Leopold. **O szybkiem rozszerzeniu ujścia macicy zapomocą rozszerzacza Bossiego.** (*Arch. f. Gynäc.* 1902, tom 66, Zeszyt I). W przypadkach, w których lekarzowi zależy na możliwie szybkiem i łagodnem rozszerzeniu ujścia lub szyjki macicy — w celu natychmiastowego operacyjnego rozwiązania kobiety, radzi L. zastosowanie rozszerzacza Bossiego, tembardziej, że może on nieraz znakomicie zastąpić dotychczasowe niebezpieczne użycie śródmacicznego balonu Brauna. Przyrząd Bossiego składa się z czterech ramion, zamkniętych w chwili wprowadzania go. W miarę poruszania śrubą, dogodnie umieszczoną, ramiona się rozchodzą, a odległość ich od siebie znaczy równocześnie w centymetrach wskazówka. Rozejście się ramion można doprowadzić do 10 ctm., podczas gdy ujście macicy jest zupełnie rozwarte już przy $8^1/_2$ ctm. Autor miał sposobność zastosowania przyrządu B. w 14-tu przypadkach, głównie z powodu drgawek porodowych, zawsze ze świetnym wynikiem. We wszystkich tych przypadkach było ujście macicy zaledwie lub swobodnie drożne dla palca, i udało się osiągnąć zupełne rozwarcie w przeciągu 15 do 30 minut. W trzech tylko przypadkach nastąpiło nieznaczne naddarcie szyjki macicy, które L. kładzie na karb małej jeszcze wprawy w używaniu tego przyrządu. Ze względu na znakomite wyniki samego prof. Bossiego (Genua) i swoje, dalej ze względu na pojedynczą konstrukcyę i łatwość w użyciu, poleca L. przyrząd ten gorąco lekarzom praktycznym.

Dr. E. Ehrenpreis.

Dobber. **Sześćdziesiąt przypadków ciąży trąbkowej, przerwanej we wczesnym okresie.** (*Arch. f. Gyn.* 1902, t. 66, Z. 1). Ciąża trąbkowa według autora zostaje przerwaną wskutek krwotoku z miejsca łożyskowego, z powodu czego przychodzi do oddzielenia i zniszczenia jaja płodowego; niestosunek między wielkością jaja płodowego, a wytrzymałością ścian trąbki, oraz jej skurcze mają wpływ na dalszy przebieg już przerwanej ciąży. Najczęstszem następstwem przerwania ciąży trąbkowej jest poronienie zwykle niezupełne, rzadziej zupełne; w małej tylko liczbie pęknięcie ścian trąbki, a najrzadszem następstwem jest utworzenie się w trąbce zaśniadu krwawego. Zależy to od czasu trwania ciąży, od wytrzymałości ścian trąbki, od wielkości krwotoku w trąbce, wreszcie od tego, czy ujście brzuszne trąbki jest zarośnięte, czy też wolne.

Aby ułatwić rozpoznanie, dzieli autor przypadki tu należące na trzy grupy. Do pierwszej należą te, które prowadzą do utworzenia się krwisteku przed- lub zamacicznego. Aby dojść do pewnego rozpoznania, poleca D. nakłócie próbne, zresztą wykonanie jego jest łatwe przy pomocy wywiadów i badania skombinowanego. Do drugiej grupy należą przypadki, w których idzie o krew wolną w jamie brzusznej. Tu rozpoznanie ułatwia niedokrewność czasem bardzo znacznego stopnia, prócz tego przy nagłym wylewie znacznej ilości krwi objawy podrażnienia otrzewnej, występujące nieraz nagle (*shok*). Przy powolnym krwotoku zaś przeważają objawy ze strony przewodu pokarmowego (porażenia jelit), a więc: zaparcie stolca, czasem b. uparte, wzdęcie i tkliwość brzucha, nudności, skłonność do wymiotów; tętno słabo napięte, przyspieszone, oddechy częste. Ponieważ i w zapaleniu otrzewnej i w niedrożności jelit objawy są podobne, dlatego wywiady są tutaj b. ważne (zatrzymanie regularności, krwotok z części rodnych). Do trzeciej grupy wreszcie należą przypadki, w których przychodzi do utworzenia się w trąbce zaśniadu (*mola*). Tu rozpoznanie często bardzo trudne, a nawet niemożliwe. Jedynym bowiem objawem jest guz w przydatkach, podobnie jak przy sprawach zapalnych. Leczenie powinno zawsze zależeć tylko od krwotoku i dalszego zachowania się krwi wylanej. Zastanawianie się, czy mamy do czynienia z pęknięciem trąbki, czy z poronieniem, jest bezwartościowe (dla leczenia), a nawet zgubne tam, gdzie idzie o szybkie działanie. W przypadkach więc grupy drugiej należy operować i to im wcześniej, tem lepiej; operować jednak w każdym razie, jeżeli chora wogóle jeszcze oddecha, choćby tętno nie było wyczuwalne. Przypadki grupy pierwszej i trzeciej nadają się do leczenia zachowawczego, lecz tylko w pewnych granicach. Przy krwisteku należy operować; 1) jeżeli guz się powiększa, co wskazuje na trwanie krwotoku; 2) jeżeli nastąpił rozkład (gnilny) guza krwawego, wreszcie 3) przy długotrwałej gorączce i bólach, które zawsze wskazują na podrażnienie otrzewnej. Zaśniad krwawy w trąbce (grupa trzecia), należy leczyć, jak guzy zapalne, a więc i tu trzeba czasem operować. Jako drogę operacyjną poleca D. tylko laparotomię. Droga przez pochwę, często niewdzięczna i narażająca chorą na długie leczenie pooperacyjne, jest wskazaną tylko przy starych, rozległych, rozkładających się krwawych guzach zamacicznych. Wreszcie zastanawia się D., czy dobrze jest przy krwi wolnej w jamie brzusznej zostawić ją tam, czy też wydalić ztamtąd. Polegając na własnem doświadczeniu, radzi autor stanowczo wydalić krew wolną z jamy brzusznej (przy operacyi) jak najskrupulatniej, a z pewnością uniknie się nieraz posocznicy po operacyi.

Dr. E. Ehrenpreis.

A. Puławski. **Próba określania wartości odżywczej jedzenia w zakładzie leczniczym.** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). Za typ żywienia się naszej inteligencyi autor skłonny jest uważać żywienie w zakładach leczniczych, przeznaczonych dla ludzi średniozamożnych. Pragnąc wyrobić sobie pojęcie o tem, jaką jest wartość odżywcza pokarmów, podawanych w zakładzie Nałęczowskim, Puławski prowadził badania w ciągu dni 47: wszystkie produkty codziennie ważono z oznaczeniem, ile i jakich produktów ma być zużyte na przyrządzenie danej potrawy; dalej obliczano, ile wypada na jedną osobę i wyniki przedstawiano w postaci głównych składników chemicznych (białko, tłuszcz, węglowodany), co znów obliczano na kalorye względne (nieco wyższe od kaloryj przyswajalnych). Wyniki tych badań dowiodły, że dyeta w Nałęczowie znacznie jest wydajniejszą w porównaniu ze znaną formułą Voita (o 2100 kaloryj), że w okrągłych liczbach przedstawia wartość 4600 kaloryj, z których 725 przypada na białko i że koszt dla publiczności wynosi 0,032 kop. za każdą kaloryę, gdy koszt dyety szpitalnej wynosi 0,016 kop. za kaloryę. Dalej autor podaje całe szeregi potraw, przykłady jadłospisu obiadu, wieczerzy, śniadania i podwieczorku, — wszystko z obliczeniem głównych składników i kaloryj.

Dr. Czaplicki.

Henryk Landau. **Poszukiwania doświadczalne nad zachowaniem się żelaza w ustroju zwierząt i ludzi.** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). Praca ta, obejmująca 68 stron księgi jubileuszowej, rozpada się na dwie części. W pierwszej znajdujemy krytyczny przegląd piśmiennictwa, a w drugiej opis doświadczeń własnych autora, dokonywanych częściowo na ludziach (8 doświadczeń), częściowo zaś na królikach i myszach (35 doświadczeń), poczem następuje omówienie wyników. Nieorganiczne sole żelaza wchłaniają się w przewodzie pokarmowym zwierząt i ludzi wyłącznie w dwunastnicy, przez której nabłonek żelazo dostaje się dalej do ustroju drogą naczyń chłonnych i krwionośnych. Wchłonięte żelazo gromadzi się głównie w śledzionie, w części zaś w wątrobie i w szpiku kostnym; w dwóch ostatnich narządach prawdopodobnie w postaci ścisłego związku organicznego, nie zawsze dającego się wykryć zapomocą zwykłych odczynników. Żelazo, uwalniające się wskutek gromadnego rozpadu czerwonych ciałek krwi (niedokrewność, głodzenie), zbiera się całkowicie prawie w wątrobie. Wydalanie żelaza odbywa się głównie w dolnym odcinku przewodu pokarmowego, poczynając od jelita ślepego; w nerkach wydalanie to zachodzi w znacznie mniejszym stopniu. Nieorganiczne sole żelaza, dodane do pokarmu sztucznego, nie zawierającego żelaza, zwiększają w stopniu dość znacznym ogólną zawartość żelaza w ustroju, jednak nie o tyle, by zawartość ta dorównała ilości żelaza w ustroju zwierząt, żywionych normalnie. Skuteczność nieorganicznych przetworów żelaza w pewnych postaciach niedokrewności polega nie na drażnieniu narządów krwiotwórczych, lecz prawdopodobnie na tem, że zostaje ono zużytkowane wprost na wytworzenie hemoglobiny.

Dr. Z. Czaplicki.

Hacker. **Wycięcie tchawicy i zeszycie szwem okrężnym.** (*Beiträge zur klin. Chirurgie* 1902, Tom 32). Glück i Zeller pierwsi wykonali wycięcie tchawicy na zwierzętach, Küster zaś pierwszy wykonał tę operacyę na ludziach. Eiselsberg, Foderl, König wykonali także tę operacyę z dobrym skutkiem z powodu bliznowatego zwężenia tchawicy. König w swoim przypadku prócz tego pokrył ubytek przedniej części płatem skórno-okostno-kostnym z mostka. Jones i Keen wykonali wycięcie tchawicy z powodu zamykającej ją błony. H. podaje przypadek wycięcia tchawicy, który ma być czwartym przypadkiem, w którym wykonano wycięcie całego obwodu tchawicy. Przypadek dotyczy 21-letniego mężczyzny, który w bójce został zraniony w szyję toporem tak, że przecięto mu tchawicę w górnej części. Po miesiącu wystąpiły objawy duszności; musiano jeszcze niezupełnie zarośnięty otwór rozszerzyć i wstawić rurkę do tchawicy. Zwężenie tchawicy doszło do takich rozmiarów, że pozostał tylko mały otworek. Wykonano wycięcie tchawicy w miejscu zwężenia po zrobieniu poprzednio tracheotomii dolnej. Cięciem podłużnem odsłonięto krtań i górną część tchawicy, a następnie wycięto kawałek długości $2\frac{1}{2}$ ctm. z górnej części tak, że tchawicę przyszyto następnie wprost do chrząstki pierścieniowej. Leczenie pooperacyjne trwało sześć tygodni. W parę miesięcy później chory przybył do kontrolnego zbadania, przyczem stwierdzono wynik dobry. Także porażenie nerwu zwrotnego z lewej strony, które wystąpiło po operacyi, zmniejszyło się. Najczęstszem wskazaniem do wycięcia tchawicy jest zwężenie z powodu blizn, choć mogą być i inne wskazania. Bruns wykonał resekcyę tchawicy z powodu pierwotnego raka bez następowego zeszycia. Chory żył sześć lat. H. w przypadku raka gruczołu tarczykowego wykonał wycięcie gruczołu z jednej strony wraz z 4 ctm. długim kawałkiem tchawicy; koniec tchawicy wszył w ranę skórną.

Dr. Teofil Zalewski.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Vogt. **W sprawie leczenia gruźlicy tiokolem.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 17, 1902). Działanie tiokolu zaleca autor, jako bardzo skuteczne: gorączka pod wpływem tego leku opada i znika czasami w zupełności; poty nocne, kaszel i odpluwanie stopniowo się zmniejszają, łaknienie i waga ciała się podnosi, zarówno jak i ogólny stan chorego. Objawy wypukowe i przysłuchowe zmieniają się wielce na korzyść, — rzężenia wilgotne znikają, a rozległość nacieku maleje czasami tak szybko, że już po upływie jednego tygodnia można stwierdzić znaczne zmniejszenie się przestrzeni przytłumionego odgłosu. W przeciwieństwie do innych przetworów kreozotu ma jeszcze tiokol tę zaletę, że jest znakomitym środkiem przeciwbiegunkowym.

Dr. Pisek (Podgórze).

Wild. **Orexinum tannicum, jako środek przeciw chorobie morskiej.** (*Wiener med. Presse* Nr. 17, 1902). Znakomite wyniki uzyskał autor u osób, które po podróży koleją trapiły przez kilka dni nudności i wymioty, lub też u osób, które przy każdej jeździe statkiem zapadają na chorobę morską. Skutek bywa jednak tylko wówczas pewnym, jeśli zachowywano następujące postępowanie: *Orexini tannic.* 0·50 na $\frac{1}{2}$ lit. płynu (mleko, herbata

sok mięsny) użyć na trzy godziny przed zamierzoną podróżą, — a po dwóch godzinach tuż przed jazdą dobrze się posilić.

Dr. Pisek (Podgórze).

Eschle (Baden). **Leczenie róży pędzlowaniami ichtyolu.** (*Wiener klin. Rundschau*, Nr. 19, 1902). Całą zajętą okolicę powłok skórnych, n. p. twarzy (u mężczyzn po należytem ogoleniu), należy dość grubo napędzlować ichtyolem, pokryć cienką warstwą waty, — po przyschnięciu należy znów to wszystko przykryć grubszym pokładem waty i przymocować opatrunkiem. Już po kilku dniach ustępuje napięcie skóry, a po tygodniu zaczyna ona się łuszczyć i odpadać wraz z watą, pozostawiając świeżą, różowo zabarwioną skórę. Powtórne pędzlowanie jest zazwyczaj zbyteczne. Gorączkę i zajęcie sfery umysłowej usuwa się zapomocą worka lodowego. *Dr. Pisek* (Podgórze).

Erythroltetranitrat (Tetranitrol). (*E. Merck. Jahresbericht über das Jahr 1901*). Lek ten, polecony w swoim czasie przez lekarzy angielskich, zyskał w tym kraju trwałe zastosowanie. Obecnie po odczycie Huchard'a[1]) w paryskiej Akademii lekarskiej zdobywa sobie we Francyi coraz więcej zwolenników. Tetranitrol jest znakomity, jako środek rozszerzający naczynia: działanie jego występuje powolniej, niż działanie nitrogliceryny, ale trwa znacznie dłużej. W napadach dusznicy bolesnej oddaje nam bardzo wielkie usługi. Mattirolo[2]) poleca go w kolce ołowiczej; z powodu swego powolnego, lecz trwałego działania lek ten skuteczniej zwalcza występujący tu skurcz naczyń, niż nitrogliceryna, natriumnitryt i amylnitryt. Znajduje się w handlu w tabletkach po 0·03. *Dr. T. Ż.*

Kwas kakodylowy i jego sole. Gautier, który leczenie kwasem kakodylowym określa jako *„medication par l'arsenic latent"*, roztrząsa[3]) obszernie świeżo przeciwwskazania, jak również środki pomocnicze w stosowaniu tego leku. Obok zaburzeń w sprawności wątroby, główne przeciwwskazanie stanowi pewne osobnicze nieznoszenie niektórych chorych; trzymając się jednak ścisłej metody w sposobie dawkowania, możemy prawie zawsze uniknąć wszelkich objawów ubocznych. Zaczynamy od dawki 25 mgr. na jedno wstrzyknięcie: następnego dnia dawkę podwajamy i stosujemy ją przez dni 7. Następnie siedmiodniowa przerwa, poczem zaczynamy od 50 mgr. i dochodzimy zwolna do 100 mgr. W razie objawów zatrucia (uderzenia do głowy, podniecenie, pokrzywka, szum w uszach, głuchota i krwotoki maciczne), dawkę natychmiast zmniejszamy. Jako środki pomocnicze zaleca Gautier dawkę 0·05 grm. dziennie jodku potasu, fosforany alkaliczne, surowe mięso, a w gruźlicy płuc ostrożne wdechanie dwusiarczku węgla (3—4 razy na dobę po kilka kropel).

Kwas kakodylowy ma działać korzystnie na przemianę materyi i działać tonizująco na tkanki: również ma ułatwiać wydzielanie toksyn z ustroju. Cierpienia, w jakich można go stosować, są: gruźlica płuc I i II stopnia z krwotokami lub bez, zołzy, dna, zimnica, przewlekłe choroby skórne i neurastenia. Również dobre wyniki daje u ozdrowieńców po wycieńczających chorobach długotrwałych.

Dotąd stosowano najczęściej *natrium cacodylicum* w postaci wstrzykiwań podskórnych: Anelli (Sem. med. 1901, Nr. 31) zaleca wstrzykiwanie wprost do żyły roztworu *0·05 grm.: 1 sz. cm. aqu. dest pro die.* *Dr. T. Ż.*

* * *

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 28. maja 1902 r.

Przewodniczący kol. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący wita obecnych na posiedzeniu jako gości: kol. Marsa i Szulisławskiego ze Lwowa, Grabowskiego z Wołogdy i Potopowicza z Petersburga.

II. Kol. Przewodniczący odczytał wniosek, podpisany przez liczniejsze grono kolegów, następującej treści:

»Towarzystwo lekarskie uchwala wyrazić Czcigodnemu Koledze Kwaśnickiemu w dniu dzisiejszym najgorętsze uznanie i wdzięczność z prośbą, aby raczył i nadal Towarzystwo otaczać swoją życzliwością i aby zezwolił ku pamiątce tego dnia umieścić w sali posiedzeń swój wizerunek, ofiarowany przez członków Towarzystwa.

[1]) Huchard: Presse médicale, 1901, Nr. 19.
[2]) Mattirolo: Nouveaux remèdes. 1901, Nr. 20.
[3]) Gautier: Bull. de l'acad. de Med. du 8 Juillet 1901 i Rev. de therap. med. chir., 1901, str. 567.

Wniosek ten uzasadnił kol. Jakubowski w następujących słowach:

»Zapisałem się do głosu w celu bliższego uzasadnienia i gorącego poparcia dopiero co odczytanego przez Pana Prezesa wniosku. Przemawiam przedewszystkiem w imieniu Kolegów podpisanych na wniosku, a to jako jeden z najdawniejszych członków, który wśród ubiegłych lat 25-ciu był naocznym świadkiem wytrwałej i skutecznej pracy Kolegi Kwaśnickiego w łonie naszego Towarzystwa. Do zabrania głosu zniewala mię również i ta okoliczność, że miałem sposobność poznać bliżej zalety, prawy charakter, wielkie zamiłowanie do pracy Kolegi Kwaśnickiego wprzód, nim jeszcze przystąpił do naszego Towarzystwa; przybywszy bowiem przed dwudziestu kilku laty do Krakowa, oddał się szczerze pracy zawodowej jako lekarz w szpitalu św. Ludwika, zostającym pod moim kierunkiem. Zalety, jakiemi odznaczał się przy rozpoczęciu swego zawodu, uwydatniły i rozwinęły się na szerszej arenie jego życia jako obywatela i lekarza, jednając mu coraz większe uznanie i szacunek, zarówno między kolegami, jak i publicznością.

Zasług i prac Dra Kwaśnickiego w łonie Towarzystwa lekarskiego nie będę tu wyliczał szczegółowo: są one znane wszystkim kolegom. W ogólności jednak zaznaczyć muszę, że skory do pracy z powołania i przekonania nie ubiegał się nigdy o godności i zaszczyty, lecz wzywany przez kolegów nie uchylał się od spełniania poruczonych mu obowiązków, troszcząc się jedynie o to, by zadość uczynić położonemu w nim zaufaniu.

Rzuciwszy okiem na kronikę i przebieg spraw w Towarzystwie naszem w ubiegłej ćwierci wieku, spotykamy się na każdym kroku z nazwiskiem Dra Augusta Kwaśnickiego. Przez lat 7 pełnił on gorliwie obowiązki sekretarza stałego, dwukrotnie z woli kolegów piastował godność prezesa, — od lat 25 bez przerwy należy do Komitetu redakcyjnego, — a rok już siódmy spoczywają na barkach jego ciężkie, z wielką odpowiedzialnością, częstokroć i z przykrościami łączące się obowiązki, głównego redaktora »Przeglądu lekarskiego«.

Komu dokładniej znane są wewnętrzne stosunki naszego Towarzystwa, zaprzeczyć nie może, że Dr. Kwaśnicki na każdem przez kolegów poruczonem mu stanowisku pracował z naśladowania godną pilnością, z zdumiewającą wytrwałością, co tem więcej przez nas cenionem być winno, że Dr. Kwaśnicki jest lekarzem wolno praktykującym, cieszącym się wielkiem zaufaniem publiczności, posiadającym rozległą praktykę. Jako lekarz chorób dzieci zmuszony częstokroć do poświęcania wiele czasu nie tylko wśród dnia, ale i wśród nocy, nie dał się pochłonąć praktyce, nie utonął wyłącznie w wirze codziennych zajęć lekarskich, lecz party siłą woli, wysoko zrozumianem poczuciem obowiązków i zamiłowaniem do nauki, znajdował zawsze czas i do dziś dnia go znajduje, aby w gronie naszego Towarzystwa spełniać dokładnie i skutecznie wszystkie przez współkolegów poruczane mu obowiązki.

Nie wątpię, że wszyscy Panowie wielostronne zasługi Kolegi Kwaśnickiego, równie jak ja, należycie oceniacie, czego dowodem, iż tak licznie zebraliście się na dzisiejszem posiedzeniu, na którem sprawa odznaczenia Kolegi Kwaśnickiego umieszczoną jest na porządku dziennym.

Uchwalając przedłożone wnioski nie tylko uczynimy zadość obowiązkom naszym wobec zasłużonego Kolegi i życzeniom ogółu lekarzy w kraju; ale co więcej, podjęta uchwała z zadowoleniem przyjętą będzie przez lekarzy polskich i pobratymczych poza granicami kraju. Kolega Kwaśnicki bowiem znany jest nie tylko jako współpracownik wielu pism lekarskich, ale na wielu zjazdach lekarskich poza granicami kraju jako delegat, godnie reprezentujący Towarzystwo nasze.

Co do sposobu i formy uznania, to nie możemy się ograniczać do gratulacyi i przemówień, chociażby ujętych w najżyczliwszych i najgorętszych słowach, lecz jak wytrwałą i długoletnią była jego praca, również trwałą winna być pamiątka. Szczęśliwą jest zatem myśl podniesiona we wniosku, aby ze składek złożonych przez współkolegów wymalowanym został portret kolegi Kwaśnickiego, który następnie, jako własność Towarzystwa, mógłby być umieszczonym w jednej z sal budować się mającego w przyszłości gmachu Towarzystwa. Portret ten nie tylko pozostanie trwałą pamiątką, ale dla następców naszych służyć może za wskazówkę w tym kierunku: iż nie koniecznie musi się zajmować katedrę Uniwersytetu, nie koniecznie musi się być kierownikiem zakładu lub oddziału szpitalnego, lecz że każdy lekarz przy dobrych

chęciach, wytrwałej pracy, łączącej się że szczerą miłością kraju, może skutecznie i z uznaniem pracować dla dobra stanu lekarskiego i postępu nauki!

Po przemówieniu ten wniosek przyjęto przez aklamacyę, a kol. Przewodniczący zaprosił kolegów: Pieniązka i Raczyńskiego, aby się udali do kol. Kwaśnickiego z zaproszeniem, by przybył na dzisiejsze posiedzenie.

IV. Kol. Siedlecki wygłosił odczyt p. t.: »Komórka zwierzęca i pasorzyt«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabrał głos kol. prof. Browicz: Pochop do badań w kwestyi pasorzytniczego pochodzenia raka dały spostrzeżenia kliniczne przypadków rozsiewania się raka *(carcinosis miliaris)* przypominające rozsiewanie się zmian chorobowych pochodzenia nie wątpliwie zakaźnego. Olbrzymi rozwój bakteryologii i stwierdzenie działania udziału pasorzytów roślinnych w różnych sprawach chorobowych nasunęły podstawę do tych badań. Wzięto się do badania stanu komórek rakowych i odkryto w nich twory pod względem kształtu, wejrzenia, barwienia się najróżnorodniejsze i opisywano je jako pasorzyty będące podstawą, przyczyną nowotworu. Ograniczono się zaś tylko do badania komórek nowotworowych.

W r. 1893 przedsięwziąłem badania porównawcze stanu komórek różnych tkanek w różnych sprawach chorobowych przewlekających się lub przewlekłych, niemających nic wspólnego z rakiem, wogóle z nowotworem i porównywałem je z obrazami, jakie w komórkach przedewszystkiem rakowych jakoteż mięsakowych napotykamy. O wyniku badań moich zdałem sprawę na zjeździe chirurgów polskich. Przekonałem się, iż w tych różnych etiologicznie nawet jasnych sprawach chorobowych, w których np. pasorzyty są przyczyną pewną, jakoteż w różnych etiologicznie dokładniej nieokreślonych, spotyka się podobne lub zupełnie takie same twory, jakie jako pasorzyty rakowe opisywano. Twory te były po części obrazem przeobrażeń, zmian w jądrach komórek, po części przeobrażeniami krwinkami białemi lub czerwonemi do komórek wnikającemi. Na podstawie badań moich powiedziałem, podówczas iż twory, jakie znajdowano w komórkach rakowych nie użyczają żadnej podstawy teoryi pasorzytniczej raka. Badania moje ówczesne przekonały mnie również, iż my nie znamy dokładniej morfologii wytworów chorobowych komórek tak w komórkach tkwiących jakoteż będących już poza komórkami. To samo i dzisiaj powtórzyć muszę. W toku moich badań komórki wątrobnej w różnych sprawach chorobowych, w przypadkach, gdzie nigdzie w organizmie śladu raka nie było spotykałem w komórkach wątrobnych twory będące niewątpliwie wytworem chorobowym komórek wątrobnych, niektóre wywoływałem nawet eksperymentalnie, twory przypominające komórki, pączkujące drożdże itp. Tak jak przed 9 laty tak też i dzisiaj uważam badanie morfologii i chemizmu wytworów chorobowych komórek różnych, nietylko rakowych jako ważny szczegół mogący uchronić od pomyłek i przedstawić w świetle właściwem obrazy różnorodne w komórkach nowotworowych napotykane, które z pasorzytami nie mają nic wspólnego. *(Streszczenie własne).*

Kol. prof. Bujwid badał rdzeń i mózg przy wściekliźnie i przekonał się, że komórki różnokształtne naśladują pasorzyty.

Dalszy ciąg dyskusyi odroczono.

Po zjawieniu się na sali kol. Kwaśnickiego kol. Kostanecki przemówił do niego w następujących słowach:

»Czcigodny Panie kolego!

»Dzisiejsze posiedzenie było jednem z tych nielicznych od lat 25 posiedzeń Towarzystwa lekarskiego, w którem nie wziąłeś udziału. A właśnie dzisiaj zależało Towarzystwu na Twej obecności i dla tego postanowiło zaprosić Cię, abyś zechciał przybyć i wysłuchać sprawozdania z przebiegu dzisiejszego posiedzenia, zanim jako redaktor będziesz musiał umieścić je w »Przeglądzie lekarskim«.

»Na początku posiedzenia doszedł rąk moich wniosek, aby Towarzystwo lekarskie uchwaliło w uznaniu dwudziestopięcioletniej Twej działalności przyjąć na własność portret Twój, ofiarowany przez szerokie grono kolegów, i aby portret ten w przyszłości był umieszczony w sali posiedzeń domu Towarzystwa lekarskiego.

»Dla umotywowania wniosku zabrał głos kol. rektor Jakubowski, w wymownych słowach skreślił nam obraz dwudziestopięcioletniej Twej działalności w Towarzystwie lekarskiem, przypomniał, jak przez cały ten czas z młodzieńczym iście zapałem, z niestrudzoną gorliwością pracowałeś jako długoletni sekretarz, dwukrotnie jako prezes, jako długoletni członek komitetu redakcyjnego, a od lat 7 jako redaktor »Przeglądu lekarskiego«. Gdziekolwiek było do spełnienia zadanie trudne, wymagające poświęcenia, mozołu i pracy, wymagające wytrawnego sądu, doświadczonej rady i szlachetnego poczucia taktu, tam zwracano się zawsze do Ciebie, a Ty nigdy udziału swego nie odmawiałeś. Wszyscy pamiętamy Twój gorący współudział, Twoje cenne współpracownictwo w krakowskich zjazdach lekarzy i przyrodników polskich, Twój udział w polskich i czeskich jako też międzynarodowych zjazdach naukowych; nigdy nie zbrakło Cię tam wśród przedstawicieli polskiej nauki, polskiego piśmiennictwa, polskiego świata lekarskiego.

»Ty jesteś dla nas, Czcigodny Panie kolego, żywą kroniką dziejów naszego Towarzystwa w ubiegłem dwudziestopięcioleciu, a Twoja działalność jest jedną z najpiękniejszych jej kart.

»Czyń każdy w swojem kole, co każe Duch Boży, a całość sama się złoży«. Otóż Ty, Czcigodny Panie kolego, czyniłeś w zakresie działania, który sobie obrałeś, istotnie to, co tylko wskazać mogło najbardziej wygórowane poczucie obowiązku, głęboko zrozumiana miłość kraju. I gdyby istotnie każdy i na każdem stanowisku tak pojmował i spełniał swoje obowiązki, jak Ty je zawsze pojmowałeś i spełniałeś i do dziś dnia spełniasz, to może pod niejednym względem inaczej działoby się w naszem społeczeństwie.

Ty może, Czcigodny Kolego, surowszym od nas będziesz sędzią Twej działalności i powiesz, że to, co my jako zasługę podnosimy, było tylko prostym Twym obowiązkiem, ale w takim razie pozwól, że właśnie za to szczytne pojmowanie obowiązku hołd Ci złożymy.

»Gdybyś, Czcigodny Panie Kolego, był obecny na początku dzisiejszego posiedzenia, byłbyś niezawodnie odczuł, że w zapale, z jakim przyjęty został wniosek, przebijało się nietylko uznanie, nietylko najgłębsza cześć i szacunek, ale także i szczere, głębokie przywiązanie i prawdziwa miłość, jaką umiałeś sobie zaskarbić u każdego niejako kolegi z osobna. Od dawna przywykliśmy spoglądać na Ciebie jako na wzór kolegi, na ideał koleżeńskiego taktu, na wyrocznię w sprawach etyki koleżeńskiej.

»Do spełnienia uchwały Towarzystwa potrzeba jeszcze jednej rzeczy: potrzeba Twego zezwolenia, aby jeden z największych, kto wie, czy nie największy dzisiaj polski artysta, uwiecznił Twoje rysy. Mamy nadzieję, że nam zezwolenia nie odmówisz.

»Niechaj portret Twój pozostanie w posiadaniu Towarzystwa lekarskiego jako cenna pamiątka na przyszłość. My, współcześni, jednoczymy się wszyscy w życzeniu, aby nam danem było mieć Cię jaknajdłużej wśród nas jako współpracownika dla dobra Towarzystwa naszego, ku pożytkowi wszelkiej dobrej sprawy, ku chlubie stanu lekarskiego«.

Po tem przemówieniu odczytał kol. Surzycki podniosłe słowa, przesłane telegraficznie w języku łacińskim przez Towarzystwo lekarskie wileńskie i następujący adres:

Czcigodny Panie, zacny Kolego!

Redakcya »Nowin lekarskich« w Poznaniu, pragnąc także ze swej strony uczcić Twoją 25-cio letnią pracę na polu społeczno-lekarskiem i naukowem, składa Ci w dniu jubileuszowym najserdeczniejsze życzenia.

Kolebką Twoją była »Ziemia wielka! bojowisko od wieków człowiecze; ściśnij garść — to krwią zapachnie i łzami pociecze«. Gdyś w czasie studyów w Kijowie wyjechać musiał i gorzki chleb tułaczy na obcej jadłeś ziemi, nie zwątpiłeś mimo rozwianej nadziei o sobie i o swoich, boś wierzył, że »choć żywot nasz twardy bo żywot pokuty«, to jednak prędzej czy później »sprawiedliwość nas nie ominie«, »dnia trzeciego się rozwidni i na wieki będzie rano«. Tęskniłeś za krajem. Marzyłeś nieustannie o tem, aby powrócić choć cudem na Ojczyzny łono«.

A gdyś wrócił do kraju, jakieś wybrał sobie miejsce przyszłego Twego pobytu? Wybrałeś Sichem naszego narodu — wybrałeś Kraków. Przeszczepiony w płonkę lechicką, jak mówi Twój brat Ukrainiec Bohdan Zaleski, owocujesz teraz w pełni i ku pospólnemu dobru naszego narodu. Wierny ideałom i zobowiązaniom młodości, pracujesz niezmordowanie dla swoich jako obywatel, jako lekarz sumienny i znakomity kierownik »Przeglądu lekarskiego«.

Bądź, Czcigodny Kolego i nadal naszym dzielnym przewodnikiem po piśmiennictwie lekarskiem!

Przez całe życie Twoje nie oglądałeś się na nikogo, byłeś sobą samym, zawsze przejrzystym i zawsze czystym. Dusza Twoja płonęła ciągle ku temu, co prawe, co swoje i szlachetne. Twoja iście przysłowiowa prostota i skromność, Twoja szczerość i łagodność na jednolite

stopiły się złoto i zyskały dla Ciebie miłość u swoich, szacunek u obcych.

Niechaj Twoja mrówcza praca zawodowa, Twoja obowiązkowość i rzewna miłość kraju przyświecają nam lekarzom w długie jeszcze lata.

Matce Ukrainie cześć i chołd za Ciebie

Redakcya »Nowin Lekarskich«.

Następnie zabrał głos kol. Kwaśnicki:

»Od lat 25. t. j. od czasu zaliczenia mnie w poczet członków Towarzystwa lekar. krak., doznaję tak od zarządu tego Towarzystwa, jak i od jego członków, samych dowodów nieograniczonego zaufania i bezwzględnej życzliwości koleżeńskiej. Dziś mnie spotyka zbiorowe uznanie: wobec tak wysoko wymierzonego odznaczenia muszę zapytać siebie samego, czy w mojem życiu istnieją w istocie takie chwile świetlne, lub takie czyny doniosłe, wznoszące się ponad strychulec powszedniości, któreby usprawiedliwiały ten tak zaszczytny dla mnie krok zbiorowy? Tych chwil świetlnych, tych czynów doniosłych w życiu mojem niema i być nie mogło, bo życie moje nie płynęło prostem łożyskiem do morza prawidłowego bytu, a motor życia, raz wyrzucony z toru, już go nigdy nie odzyska; moralność zna karę tylko za grzechy, polityka zaś karze i za niepowodzenia; mściwe następstwa za niepowodzenia w zakresie politycznym nie kończą się na jednej chwili lub na jednej gromadzie jednostek: całe pokolenie podpada degradacyi.

Gdy przed ćwierć wiekiem powróciłem z obczyzny i stanąłem u stóp Wawelu, w Towarzystwie lekarskiem krak. znalazłem otwarte i wdzięczne pole do pracy: jednoczyło ono w sobie, jak i do dnia dzisiejszego, działalność naukową, zawodowo społeczną i zawodowo-literacką, a nad tem wszystkiem górowało, jak i w dniu dzisiejszym, życie koleżeńskie. Przybywającemu z obczyzny, nie znającemu stosunków miejscowych, nabywającemu dopiero praw obywatelskich, ten zakres działania był jedynie właściwy i jedynie możebny. Nic więc dziwnego, że nagromadzony w duszy zapał do pracy społecznej zużytkowałem w dostępnych mi granicach naszego Towarzystwa, że stało się ono dla mnie ostoją i areną. Jeśli więc Czcigodni koledzy zamierzyliście dać tak zaszczytny dla mnie wyraz uznania za tę 25-letnią służbę w zarządzie Towarzystwa, jeśli chcecie dziś mnie wyrazić, żeście w tej służbie dopatrzyli wiele z mej strony dobrej woli, że w tym ćwierćwiekowym stosunku koleżeńska moja etyka nie była pisana, lecz w życie wcielona, że nikomu słońca nie zasłoniłem, nikomu powietrza od ust nie odjąłem; jeśli poruszając i stronę społeczną, chcecie mi powiedzieć, że dopatrzyliście w całości mego życia i działania chociażby najsłabszy odcień, przypominający żywoty dawno zmarłych Polaków, to Wam cześć i hołd, że nie cnoty i zalety, ale proste cechy szeregowca oceniacie, uznajecie i nobilitujecie. Gdybym dziś zagarnął cały efekt tej koleżeńkiej uroczystości dla siebie, umniejszyłbym znaczenia przed chwilą zapadłej uchwały Waszej: bo tam, gdzie do uznania zbiorowego dochodzi się bez beretu, togi i władzy, tam nie rządzą stosunki poziome, nie rozstrzygają warunki materyalne, przeciwnie, tam hetmani dobra dusza człowiecza, a ster dzierżą zasady etyczne. Z tak wspólnego i ogólnego stanowiska zapatrując się na dzisiejszy obchód jubileuszowy, wyznaję ze szczerością, posuniętą do ostatnich granic, że ten wysoce etyczny objaw naszego pożycia koleżeńskiego napawa mnię bezgraniczną radością, a szczeremu uczuciu radości towarzyszy bezgraniczne uczucie wdzięczności, — przedewszystkiem dla Ciebie Panie Prezesie, żeś z Twego zwierzchniczego stanowiska, a niech mi wolno będzie wierzyć, że i z osobistej dla mnie życzliwości, wniosek jubileuszowy poddałeś pod głosowanie i przeprowadziłeś uchwałę. Z serca i duszy dziękuję Ci Czcigodny Panie Rektorze Jakubowski, żeś powagą swego słowa i swojej osoby wniosek uzasadniłeś i poparłeś; Wam bliżsi przyjaciele, którzy wniosek podpisali, a których spisu jeszcze nie znam, lecz sercem Was odgaduję i za Wasze serca, sercem płacę; wreszcie dziękuję całemu Zgromadzeniu, że dzisiejszą uchwałą zechciało ozdobić szczyty dni moich tak spokojnem, pogodnem i jasnem światłem.

Towarzystwu lekarzy galicyjskich wyrażam głęboko odczutą wdzięczność za życzenia, wyrażone mi przez delegatów. Jeśli w naszych stosunkach miejscowych pewna podmiotowość przy powzięciu uchwał jest możebną, to czynnik osobistej sympatyi w analogicznych stosunkach z poza Krakowa istnieć nie może: zaszczyt więc, który mnię spotyka ze strony Towarzystwa lekarzy galicyjskich potrafię chyba zrównoważyć tem, że jestem, byłem i pozostanę orędownikiem wspólności i celów i środków wszystkich naszych Towarzystw lekarskich krajowych, a od początku mojej działalności redaktorskich trzymam się ściśle i z przekonania zasady, by »Przegląd lekarski« przy wystąpieniu na zewnątrz był zawsze rzecznikiem wszystkich naszych Towarzystw i całego polskiego stanu lekarskiego.

W dalszym ciągu idą życzliwe wyrazy uznania, przesłane przez Towarzystwa i inne instytucye lekarskie naukowe polskie i przez redakcye pism lekarskich obu bratnich narodów, wreszcie przez zasłużonych w nauce i społeczeństwie: wszystko to napawa serce rzewną wdzięcznością, wstrząsa duszą i czyni mnie bezsilnym do wyrażenia tego, co w tej chwili czuję, bo wśród głębokiego wzruszenia zamiera głos w krtani, a przemawia serce.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

VIII. XXVII. Zjazd południowo-zachodnich neurologów i psychiatrów niemieckich.

XXVII. Zjazd południowo-zachodnich neurologów i psychiatrów niemieckich odbył się w Baden-Baden 24 i 25 maja r. b. Przewodniczący Komitetu gospodarczego prof. Kraepelin (Heidelberg), zagajając obrady, podniósł na wstępie zasługi zmarłego w r. b. byłego członka Zjazdów, Fryderyka Goltza, znanego ze znakomitych prac nad lokalizacyą objawów psychicznych i nerwowych w mózgu. Na kierowników obrad wybrani: prof. Hitzig (Halle), prof. Fürstner (Strassburg) i prof. Schultze (Bonn). Odczytów z zakresu niemal wszystkich gałęzi badań, dotyczących mózgu, wygłoszono 18. Prof. Monakow (Zurych) przedstawia wyniki swych badań nad *fissura calcarina*, której niezliczone odmiany dzieli na 4 typy i przedstawia wzory tych 4-ch typów. Dodaje, że badane przezeń przypadki wrodzonej ślepoty posiadały *fissura calcarina* I i II typu. Nie sądzi atoli, aby na powstanie i kształt brózd miały wpływ funkcye odnośnych części mózgu.

Odnośnie do poruszonej przez sprawozdawcę sprawy, jakie siły wpływają na powstanie brózd, — zaznacza prof. Hitzig, że już w VII-ym dziesiątku z. w. wypowiedział zdanie, które obecnie utrzymuje, że opony miękkie wraz z układem naczyniowym odgrywają wybitną rolę w powstaniu brózd.

Prof. Edinger (Frankfurt n. M.) omawia budowę mózgu ptasiego, zestawiając go z ludzkim. U ptaków kora mózgowa mało rozwinięta, natomiast potężny rozwój przedstawia ciałko prążkowane, w którem odróżnia sprawozdawca cały szereg części składowych, jak *hyperstriatum, mesostriatum, epistriatum, ectostriatum, hemistriatum i globus pallidus*. — *Capsula interna* jest już wyraźnie zaznaczona u gęsi i papugi, najinteligentniejszych z ptactwa; niema zaś jej np. u gołębi. Jasne pojęcie o budowie mózgu ptasiego uzyskał sprawozdawca dopiero wtedy, gdy zaczął badać mózgi zarodkowe.

Prof. Schwalbe (Strassburg) dzieli się wynikami swych badań frenologicznych; usiłuje mianowicie wykazać na zewnętrznej powierzchni czaszki obraz, odpowiadający zwojom mózgowym, — co oczywiście odróżnia istotnie tę frenologię od frenologii dawnej, polegającej na wyszukiwaniu związku między kształtem czaszki a charakterem i temperamentem człowieka. *Sulcus postorbitalis* odpowiada przedniej granicy mózgu. *Fissura Sylvii* odpowiada *sulcus Sylvii externus*, jak go sprawozdawca nazywa. Płat skroniowy daje wyraźne na kości skroniowej — *protuberantia gyri temporalis medii* i *protuberantia gyri temporalis inferioris* i t. d. Tylko tak ważnego miejsca powierzchni mózgowej, jak brózda Rolanda, nie udaje się ściśle oznaczyć na czaszce.

Trudności, jakie ta frenologia spotyka, wywolane są tem, że na kształt zewnętrznej powierzchni czaszki wpływa również układ mięśni czaszkowych.

W rozprawach podniesiono znaczenie przytoczonych badań dla zabiegów operacyjnych wewnątrz czaszki.

Prof. Nissl (Heidelberg) skierowuje uwagę słuchaczów ku mikroskopowej budowie mózgu, omawiając stosunek komórek gliowych do naczyń. Spostrzegane często charakterystyczne stykanie się protoplazmatycznych wypustek gliowych ze ścianami zewnętrznemi naczyń, tudzież spotykane

często całe rzędy jąder glejowych wzdłuż naczyń, — wskazywały na bliższy związek, zachodzący między komórkami glejowemi a układem naczyniowym. Bliższe badania potwierdziły istnienie tego związku. Spotyka się bowiem często charakterystyczne grupy jąder glejowych wśród mało zróżnicowanej protoplazmy, a wśród tego przekrój naczynia, niejednokrotnie wraz z komórką śródbłonkową. To znowu, — robiąc preparaty z kory mózgowej królika w kilka dni po jej zranieniu, spostrzegamy nadzwyczaj wyraźne pasy protoplazmatyczne pomiędzy jądrami glejowemi a ścianą naczyń, od której często wprost niepodobna odróżnić owych pasów.

Jakie atoli bliższe znaczenie tego powiedzmy przebijania komórek glejowych przez naczynia, — jasnem dotąd nie jest. W końcu wspomniał sprawozdawca o t. zw. komórkach ziarnistych, spotykanych często w mózgu, mianych nie jednokrotnie za komórki glejowe. Komórki te atoli według niego pochodzą z naczyń, uważa on je za komórki nabłonkowate (epitelioid).

Prócz odczytów z zakresu anatomii mózgu uwagę Zjazdu zwróciło na siebie parę odczytów, omawiających coraz częstsze zastosowanie zabiegów operacyjnych w chorobach nerwowych.

Dr. Ebers (Baden-Baden) przedstawia pacyenta, u którego drogą zabiegu chirurgicznego usunięty został przewlekły skurcz mięśni, szyi i karku, schorzenie, którego patogeneza nie jest znaną. Nim doszło do zabiegu krwawego, próbował sprawozdawca stosowania innych środków: mięsienia, gimnastyki, różnych leków, elektryczności i t. d. — wszystko bez skutku. Wykonana w klinice prof. Kochera w Bernie operacya polegała na poprzerywaniu lub poprzecinaniu odnośnych mięśni i odbyła się w 4 posiedzeniach. Pacyent, zadowolony z operacyi, ma głowę prawidłowo ustawioną i może poruszać nią we wszystkich kierunkach. Czy atoli ten wynik dodatni długo trwać będzie? pytanie to podniesiono w rozprawach, jak również zwrócono uwagę, czy nie lepszą by była amerykańska metoda operowania omawianego schorzenia, polegająca na przecięciu na jednem posiedzeniu odnośnych nerwów?

Dr. Vulpius (Heidelberg) przedstawił 2 chłopców z *paralysis spastica infantorum*, u których m. półbłoniasty przyczepiono do guzowatości kości goleniowej, przez co mięsień ten zastąpił w działaniu mięśnie porażone: czworogłowy i dwugłowy uda.

Prof. Schultze (Bonn) podaje do wiadomości o kilku przypadkach wyleczenia guzów przez rozcięcie błon rdzenia pacierzowego, tudzież zaleca te zabiegi pod warunkiem jednak, aby do pomocy chirurgów odwoływano się nie zapóźno, gdy guz staje się już nieoperowalny, tudzież aby zabieg był dokonany o ile to tylko możliwe bez wszelkiego urazu rdzenia.

Prof. Dinkler (Aachen) opowiada o jednym przypadku, w którym zachodziło uderzające podobieństwo między zapaleniem rdzenia a ropniem; trudność rozpoznawcza wprowadziła go w błąd i spowodowała do zabiegu operacyjnego, oczywiście bezskutecznego. Prelegent podaje przy tej sposobności w wątpliwość istnienie ogłoszonej przed 10 laty przez Leydena *myelitis acuta gonorrhoica*, twierdząc, że ogólne zakażenie, występujące wówczas, ma za punkt wyjścia wrzody w ścianie pęcherza, które powstają tylko wskutek rzeżączki.

Prof. Erb (Heidelberg) przedstawia swoje uwagi o zmianach patologiczno-anatomicznych w kile ośrodkowego układu nerwowego. Anatomia patologiczna — mówi prelegent — nie jest jeszcze w stanie utrzymywać zawsze z zupełną ścisłością i bez najmniejszej wątpliwości, że jakaś zmiana kiłowa istnieje. Wielką w tym kierunku przysługę oddaje badanie kliniczne. Przypadki schorzeń kiłowych ośrodkowego układu nerwowego dzieli Erb na 3 grupy: w pierwszej — na naczelny plan występują zmiany swoiste (kilaki i t. d.), przy istniejących często t. zw. zmianach pierwotnych (wiąd i t. p.); w drugiej grupie przypadków na pierwszy plan występują zmiany pierwotne przy istniejących także zmianach specyficznych; wreszcie do trzeciej grupy należą przypadki czystych zmian pierwotnych.

Dr. Link (Freiburg) pokazuje preparaty mięśni z *myasthenia gravis*.

Prof. Kraepelin (Heidelberg) przedstawia wyniki wieloletnich swych badań nad czynnikami występującymi przy pracy; wykazuje pięć takich czynników: wprawa, znużenie, przyzwyczajenie, napięcie woli i podnieta do pracy. Podnosi praktyczne (w pedagogii) znaczenie tych badań.

Prof. Hofmann (Heidelberg) przedstawił ciekawy przypadek *neuritis interstitialis hypertrophica progressiva*, schorzenia opisanego po raz pierwszy przez Dejerina: żadnych zmian w czuciu, osłabienie odruchów ścięgnistych, zmniejszenie pobudliwości na prąd elektryczny, silne bóle — sprawa powolnie postępująca; przy dotyku np. nerwu pośrodkowego wyczuwa się twardy powrózek, jakby ołówek.

Dr. Schüler (Strassburg) przedstawia dwóch pacyentów, braci, z obniżoną wrażliwością na ból, czego przyczynę po wykluczeniu *syringomyelii* i histeryi dopatruje w licznych nerwiako-włókniakach w skórze, jakie pacyenci owi mają niemal na całem ciele.

Prof. Fürstner (Strassburg) opisuje jeden nieznany dotąd rodzaj zmian w nerwach naczynioruchowych, występujący pod postacią specyalnego nabrzmienia skóry i skurczów w palcach, mających siedzibę przeważnie na kończynach; schorzenie to jest rodzinne.

Dr Bayerthal (Worms) porusza sprawę rozpoznawania guzów mózgowych; przy guzach wzgórków *(thalamus)* występuje według prelegenta zanik ruchów mimicznych twarzy, podobnież jak przy sprawach wywołujących podrażnienie wzgórków — ma zachodzić wzmożenie mimiki. Na twierdzenie prelegenta, że przy guzach w mózgu powstaje osłabienie umysłowe z powodu podniesionego ciśnienia, jeden z członków przytoczył przypadek ogromnego guza w *gyrus hypocampi* bez najmniejszego upośledzenia inteligencyi.

Prof. Hoche (Strassburg) mówi o rozpoznaniu różniczkowem między padaczką a histeryą. Podnosi niezbadaną zagadkowość istoty obu chorób; w każdym atoli razie jest to pewne, że są to dwie choroby istotnie różne. Nadto jeszcze powiedzieć można, że histerya jest chorobą funkcyonalną bez podkładu anatomicznego, padaczka zaś polega na zmianach anatomicznych, których jednak gruntownie nie znamy. Ścisłych cech odróżniających te dwie choroby nie znamy również: ani brak odczynu źrenicznego na światło, ani zranienia języka, ani bezwiedne oddawanie moczu i kału itd. nie mają znaczenia dla rozpoznania różniczkowego. W dyskusyi uczynił uwagę prof. Strümpell (Erlangen), że jeżeli uda się dowolnie u chorego wywołać napad drgawek, — to już niewątpliwie przemawia za histeryą. Dalej podniesiono, jako właściwość odróżniającą tę okoliczność, czy napady powtarzają się z zupełnie fotograficznem niejako podobieństwem (padaczka), czy też są różnorodne (histerya). Kraepelin sądzi, że i w dziedzinie histeryi i padaczki należy także odróżniać objaw od choroby, że napady t. zw. padaczkowe jak i t. zw. histeryczne spotykają się także i w wielu innych chorobach. Wyłania się zagadnienie tzw. „histero-epilepsyi“, atoli do stanowczego rozstrzygnięcia nie dochodzi.

Dr. Blum (Frankfurt n. M.) opowiada o wynikach swoich doświadczeń na psach, którym wycinał gruczoł tarczykowy. Zwierzęta zdradzały objawy różnych schorzeń psychicznych (omamy, apatya i t. d.), z czego prelegent wnioskuje, że gruczoł tarczykowy jest źródłem zatruć dla kory mózgowej.

Dr. Schröder (Heidelberg) wykazuje, że katotonia występuje nie tylko w wieku młodym i średnim, lecz także i w starości (ponad lat 50), o czem się przekonał na 20 badanych przez siebie przypadkach; a odznacza się katatonia u starych przewagą stanów pognębienia, tudzież wyższym stopniem zniedołężnienia umysłowego.

Dr. med. i fil. Piotr Pręgowski.

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

XIV. Kongres międzynarodowy lekarski w Madrycie odbędzie się od 23—30 kwietnia 1903 r.

Pod względem naukowym Kongres zapowiada się świetnie; w 16 sekcyach przyjęli referaty najwybitniejsi uczeni całego świata, a udział biorą lekarze wszystkich narodów cywilizowanych. Komitet główny Kongresu rozesłał już do wszystkich Komitetów narodowych drukowane programy, spis tematów i ich referentów, w osobnej zaś książce zestawione prezydya wszystkich Komitetów narodowych.

Z Komitetem polskim prowadzi Komitet główny w sprawach Kongresu żywą korespondencyę. Oprócz delegatów do Komitetu polskiego ze wszystkich dzielnic Polski wybiera się wielu kolegów na Kongres w Madrycie.

Warunki należenia do Kongresu: Każdy członek Kongresu uiszcza na ręce skarbnika prof. Dra Reissa (Kraków, Basztowa 25) wkładkę 30 franków, a w zamian otrzymuje legitymacyę, która mu daje prawo do korzystania ze wszystkich przywilejów Kongresu, udział w dyskusyach naukowych, we wszystkich przyjęciach, uroczystościach, wycieczkach i znacznie zniżonej taksie kolejowej, oraz otrzyma pamiętnik Kongresu ze wszystkiemi pracami tych sekcyj, do których należał. Który z kolegów zamierza wziąść udział w Kongresie, zechce przesłać na ręce skarbnika prof. Dra Reissa 30 franków, dokładny swój adres, godność i oznajmienie, do której sekcyi chce być wpisany. Panie, towarzyszące członkom Kongresu, korzystają ze zniżonej ceny jazdy, mogą brać udział w uroczystościach i przyjęciach, wydanych na cześć członków Kongresu i otrzymują osobne karty za opłatą tylko 12 franków.

Sekretaryat generalny w Madrycie wyda artystycznie wykonane album, które ma zawierać około 400 fotografij mężów sławnych na polu naukowem, do których rozeszłe osobne imienne zaproszenia. Panowie ci zechcą albo za pośrednictwem naszego skarbnika, lub wprost do: *Secrétariat Général du Congrès médical a Madrid* (*Faculté de Médecine*) przesłać swoją fotografię, podać datę urodzenia, adres, godność, tytuł i załączyć 35 franków, a przy odbiorze albumu dopłacą jeszcze po 30 franków.

Każdy członek Kongresu może zamówić dla siebie album, składając teraz 35 fr., a przy odbiorze 30 fr.

Ażeby istnienie i znaczenie nauki i wiedzy polskiej stwierdzić przed całym cywilizowanym światem, wobec reprezentantów wszystkich narodów, nie powinno w tem szlachetnem współzawodnictwie zabraknąć uczonych polskich. Pożądanem jest przeto: aby koledzy zgłaszali do Sekretaryatu generalnego oryginalne prace, albo też podjęli się referatu z tych tematów ogłoszonych w programie Kongresu, które jeszcze są wolne do objęcia.

Tematy te są następujące:

Anatomia:

1) „Quelle est la meilleure méthode d'exposition didactique du système nerveux?"

2) „Structure de la cellule nerveuse".

Patologia ogólna:

1) „Parasitisme dans les neoplasies".

2) „La genèse du sarcome".

Neuropatya:

„Centre de projection et d'association dans le cerveau selon les determinations de l'anatomie pathologique actuelle".

Medycyna sądowa:

„Signification légale des blessures d'après leur cause, situation et caractère".

Językami urzędowymi przy wygłaszaniu odczytów, w dyskusyach i t. d. są: hiszpański, francuski, angielski i niemiecki.

Komitet polski XIV-go międzynarodowego Kongresu lekarskiego w Madrycie.

Prof. Dr. B. Wicherkiewicz, Prezes *Dr. M. Buzdygan*, Sekretarz.
Prof. Dr. W. Reiss, Skarbnik

P. S. Uprasza się Redakcye wszystkich pism lekarskich o przedrukowanie niniejszego ogłoszenia.

XII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie, dnia 14. i 15. lipca r. b.

Dalsze wykłady zgłosili:

15. Dr. Kozłowski (Drohobycz): O nowem postępowaniu przy znieczulaniu lędźwiowem.

16. Dr. Zawadzki (Warszawa): Aseptyka wstrzykiwań i przemywań (z przedstawieniem przyrządów własnego pomysłu).

17. Dr. Pomorski (Poznań): Wycięcie śledziony z powodu białaczki (*leukaemia*) z szczęśliwym wynikiem.

18. Tenże: Ciąża zamaciczna operowana dwa razy drogą laparotomii; wyzdrowienie.

19. Tenże: Rak pierwotny wątroby u 7-mio letniej dziewczynki.

20. Tenże: Kościomięsak (*Osteosarcoma*) czaszki u $1\frac{1}{2}$ letniego dziecka; operacya: wyzdrowienie.

21. Prof. Trzebicky: O amputacyi przy ropieniu na kończynach.

22. Tenże: Przyczynek do wycięcia śledziony (z przedstawieniem preparatów i chorych).

23. Dr. Berger (Kraków): O leczeniu gruźlicy jąder na podstawie obserwacyi 25-cio letniej.

24. Dr. Blassberg (Kraków): O stosunku ciałek białych we krwi przy ropieniu.

26. Dr. Frommer (Kraków): Przyczynek do techniki amputacyi.

26. Tenże: Jeszcze słów kilka w sprawie wad pętli osowatej.

Jako tematy do ogólnej dyskusyi:

27. Chirurgia dróg żółciowych. Ref. prof. Kader, koref. Dr. Pruszyński.

28. O operacyjnem leczeniu chloniaków (*lymphoma*) na szyi — ref. Prof. Trzebicky.

X. Wiadomości bieżące

Kraków, dnia 3 lipca.

* *Otrzymaliśmy od kol. prof. Jordana następujące ogłoszenie:*

»Ponieważ zwołane na d. 29 czerwca b. r. Zgromadzenie lekarzy krakowskich nie doszło do skutku, zawiadamiam Szanownych Kolegów, iż Komitet przedwyborczy, wybrany w d. 15 czerwca celem przedstawienia kandydatów do Izby lekarskiej, uchwalił zalecić do wyboru na członków Izby: pp. Drów: Józefa Łazarskiego, Augusta Kwaśnickiego, Stefana Schoenguta i Rudolfa Trzebickyego; na zastępców zaś: pp Drów: Jana Gwiazdomorskiego, Jana Raczyńskiego, Maksymiliana Rutkowskiego i Karola Żuławskiego

Imieniem Komitetu przedwyborczego *Dr. H. Jordan.*

* Towarzystwo lekar. krak. odbyło dnia 25 czerwca posiedzenie nadzwyczajne, na którem mieli wykłady: 1) kol. Dobrowolski O przypadkach operowanych w bieżącym roku w klinice prof. Jordana drogą cięcia pochwowego; 2) kol. Stankiewicz: O przypadkach mięsaka trzonu macicy; 3) kol. Wojciechowski: O przypadku zakażenia połogowego, leczonego wyjęciem macicy.

* Rada m. Krakowa powołała do Komisyi sanitarnej z grona radców: doktorów: Bujwida, Cybulskiego, Domańskiego, Jordana, Lustgartena, Pareńskiego, Poniklę i Trzebickyego.

* Lekarze praktykujący w Krynicy zawiązali »Stowarzyszenie lekarzy Zakładu kąpielowego Krynica«. Na walnem zgromadzeniu, odbytem w dniu 16 czerwca b. r., odczytano statut Stowarzyszenia, zatwierdzony przez c. k. namiestnictwo i wybrano wydział, w skład którego weszli: Dr. A. Lorentski (prezes), Dr M. Cercha (wiceprezes), Dr. Zarzycki (sekretarz) i Dr. W Grabowicz (skarbnik).

* Rektorem Uniw. wiedeńskiego wybrany został prof. chirurgii Dr. Gussenbauer.

* Wydział lekarski we Lwowie urządza trzytygodniowy kurs dla lekarzy, który rozpocznie się w pierwszej połowie października; udział w nim wezmą wszyscy profesorowie i niektórzy docenci. Za parę tygodni podamy szczegółowy program.

* W obradującym obecnie Sejmie galicyjskim złożono do laski marszałkowskiej dwa wnioski, obchodzące ogół lekarski: prof. Marsa »o reorganizacyi systemu gospodarki Departamentu sanitarnego« i prof. Rydygiera »o uzupełnieniu Wydziału lekarskiego Uniw. lwowskiego brakującemi jeszcze klinikami«.

* Ministerstwo spraw wewnętrznych zarządziło przed kilku miesiącami, ażeby adwokaci byli dopuszczani do zastępowania obwinionych na rozprawach Rady honorowej Izb lekarskich. Rozporządzenie to spotkało się z jednomyślnym protestem Izb lekarskich i wskutek tej stanowczej postawy zostało cofnięte.

* Komitet gospodarczy egipskiego Zjazdu lekarzy w Kairze przy-

gotowuje następujące wycieczki: pierwszego dnia zwiedzanie cytadeli, meczetu Harana i Mohameda Ali w starym Kairze, świątyni koptyjskiej i meczetu Amru; drugiego dnia wycieczka do piramid, sfinksów i świątyni, a z powrotem zwiedzenie Muzeum egipskiego w Kairze; trzeciego dnia wycieczka do drzewa Matki Boskiej, do Heliopolis, do obelisków, do parku strusiego i grobu khalifów; czwartego dnia wycieczka do Sakkary nad Nilem i ztąd do Memfis i do piramid. Koszta wszystkich tych wycieczek, wliczając w to jazdę kołami, na osłach, oraz przewodników, wyniosą 98½ franków od osoby.

* Niemiecki parlament uchwalił ustawę, zakazującą wyrobu sacharyny w interesie przemysłu cukrowego. Istniejące już fabryki obejmie rząd i ograniczy produkcyę tylko dla aptek i do celów naukowych.

* W Wiedniu wyszła broszura Dr. Engländera, traktująca o chorowitości rasy żydowskiej; w szczególności występować mają często poważne zaburzenia w układzie nerwowym, cukrzyca i jaskra. Autor przypisuje ten stan nie tylko warunkom życiowym, lecz i częstym związkom małżeńskim osób, pozostających w blizkiem pokrewieństwie.

* Wielka Rada szwajcarskiego kantonu Tessin uchwaliła prawo o bezpłatnej pomocy położniczej. Rząd i gminy biorą na siebie opłatę położnych.

* Zarząd wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu zawiadamia, że w przyszłym roku szkolnym przyjmowani będą i maturzyści ze szkół realnych, jeśli złożą dodatkowy egzamin z języka łacińskiego w granicach, wymaganych w pierwszych czterech klasach gimnazyalnych.

* W Nrze 25 donieśliśmy, że w Wiedniu odbyła się 1 czerwca narada nad zorganizowaniem walki z gruźlicą, w której wzięli udział ministrowie, lekarze i znani filantropi. Austryacki ten związek przeciwgruźliczy ma objąć całe państwo, powołać do walki wszelkie władze rządowe, krajowe i gminne i otoczyć opieką wszystkich obywateli bez różnicy narodowości i wyznania. Ponieważ związek ma wejść w życie już w jesieni, należy się spodziewać, że w niedługim czasie organizatorowie zwrócą się do organów władz krajowych, ogłoszą statut, wskażą środki i drogi, którémi dążyć zamierzają do szlachetnego i zbawiennego celu.

* Między 4 a 10 czerwca doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy w trzech gminach powiatu gorlickiego.

W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach: bohorodczańskim (1 gm.), buczackim (4 gm.), cieszanowskim (1 gm.), czortkowskim (1 gm.), drohobyckim (2 gm.), horodeńskim (2 gm.), jaworowskim (3 gm.), kałuskim (2 gm.), kamioneckim (1 gm.), kołomyjskim (1 gm.), limanowskim (1 gm.), nadworniańskim (2 gm.), peczeniżyńskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.), skałackim (1 gm.), stanisławowskim (3 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim (7 gm.), złoczowskim (1 gm.), żółkiewskim (1 gm.).

Wszystkich nowych przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 115; w tygodniu poprzedzającym 99.

Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XVIV (8—14—VI). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 8, urodziło się dzieci 50, zmarło osób 63, mianowicie: z gruźlicy 21 (6 zam.), z zapalenia płuc 5, z błonicy i dławca 4 (4 zam.), z płonicy 5 (1 zam.), z cholery dzieci 5.

* W artykule prof. Kleckiego »O cytotoksynach« (Numer 26 »Przegl. lekarskiego«) na str. 383, szpalta I. wiersz 24 z góry zaszła pomyłka; zamiast »antytoksyny« ma być autotoksyny.

Nekrologia. Dr. Tomasz Witkowski zmarł 8 czerwca w Mińsku gubern., licząc lat 67. — Dr. F. Sommer, b. prof. anatomii, zmarł w Gryfii w wieku 74 lat. — W Paryżu zmarł Dr. Azar Rajchlin, l. 38, pochodzący z Królestwa Polskiego.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 26. Ciechomski: Przyczynek do leczenia bliznowatych zwężeń przełyku (c. d.). Brudziński: Wrodzone nieprawidłowe położenie serca na prawo bez jednoczesnego odwrotnego położenia trzew u dziecka. Piltz: O znaczeniu rozpoznawczem nieregularności konturów źrenic w przebiegu organicznych chorób nerwowych (dok.).

— *Medycyna* Nr. 26. Bregman i Steinhaus: Przypadek limfosarkomatu śródpiersia, przechodzącego do kanału kręgowego (c. d). Bohdanowicz: Wstrzykiwania modyfikacyjne w leczeniu gruźlicy jądra i przyjądrza (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 26. Hegner: Biostatistické poměry w Plzni w roce 1900 a 1901. Kopfstein: Operace při chorobách orgánů močových, provedené v letech 1897 až 1901 ve veřejné všeobecné nemocnici cis. Frant. Jos. I ve Mladé Boleslavi.

— *La Presse médicale* Nr. 50. Lecène i Burgeois: Surowicze zapalenie opon mózgowych pochodzenia usznego. Busquet: Poszukiwanie za prątkiem Ebertha we krwi durowych.

— Nr. 51. Jayle: Ułożenie pochyłe (na stole operacyjnym). Martin: Choroby odżywiania się, odprawa dana teoryi chorobliwego zmniejszenia się kwaśności w cieczach ustroju.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 25. Morgenroth: O wytwarzaniu hemolitycznych amboceptorów za pomocą wstrzykiwań surowicy. Krause: O przypadku zaszczepienia się gruźlicy u robotnika rzeźniczego z narządów bydlęcia gruźliczego. Martin: Statystyczne badania następstw kiły u dzieci (nabytej lub odziedziczonej). Loewenfeld: O narkolepsyi. Batsch: Przyczynek do rozpoznania i leczenia nerki wędrującej. Wiesner: Przyczynek do nauki o zapaleniu skóry, spowodowanej promieniami Röntgena. Galli: O wydolności serca (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 25. Pfeifer i Friedberger: O istocie siły zakaźnej bakteryj podług badań z mętwikiem cholery. Ehrlich i Marshall: O gromadach komplementofilnych amboceptorów. Bruining: Przyczynek do sprawy cukrzycy pokarmowej przy chorobach wątroby. Strassmann: O usuwaniu ciąży trąbikowej drogą operacyjną przez pochwę (c. d.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 26. Ghon: O zapaleniu błon mózgowych w przebiegu grypy. Wiener: O zachowaniu się czerwonych krwinek w wyższej ciepłocie. Kreibich: O przypadkach łupieżu liszajowatego przewlekłego. Merck: Przyczynek do kwestyosutki krowiankowej ogólnej prawdziwej.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 26. Koziczkowski: O klinicznem zużytkowaniu metody Sahliego, służącej do badania czynności żołądka. Hess: Przyczynek do nauki o zakrzepach żylnych w przebiegu ostrego gośćca stawowego. Moeller: O bakteryach nie odbarwiających się w kwasach. Becker: O stanach chorobowych wywołanych cianką ludzką *(trichocephalus dispar)*. Winter: Ocenianie pokarmu niewieściego podług jego obrazu drobnowidowego.

Redakcya otrzymała. Niemiłowicz: Ueber die fractionirte Oxydation mit Hülfe von Indicatoren und ueber zwei neue quantitative Bestimmungsmetoden der Xanthinkörper im Harne. Piltz: Ueber centrale Augenmuskelnervenbahnen. Bier: 1) Organizacya desinfekcyi w miastach większych. 2) Nowoczesne sposoby odkażania mieszkań. 3) Sprawozdanie z 25-go Zjazdu niemiec. Tow. dla higieny publicznej, odbytego w Trewirze. Tchórznicki: 1) Kąpiele ludowe. 2) Łaźnia ludowa.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Ogłoszenie.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. Dra Romualda Pląskowskiego, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1904 za pracę z dziedziny psychiatryi, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim, w terminie od dnia 1 Kwietnia 1902 roku do dnia 31 Marca 1904 r. bądź też w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną.

W braku prac odznaczających w specyalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia powstawania chorób umysłowych. Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 Marca 1904 roku. Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda Rb. 346 kop. 63.

Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu konkursowego.

Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem »Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie« (ulica Niecała Nr. 7.) z zachowaniem co do prac w rękopisach, zwykłych form konkursowych t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania, mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowania jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa Sekretarz Stały *Dr. Hoyer*.

Ogłoszenie.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez Dra Walentego Koczarowskiego:

a) **Nowe tematy:**

1. Badania kryoskopowe nad wysiękami, przesiękami albo wydzielinami.
2. O zatruciach pokarmami mięsnymi, na zasadzie własnych badań.
3. Hematiza u człowieka w stanie zdrowia i choroby.
4. Anatomia patologiczna sclerosis disseminatae.
5. Badania nad trawieniem kiszkowem w przypadkach przetok kiszkowych.
6. Wpływ leczenia surowicą na przebieg, zakażenia rogówki jednym z ropotwórczych pasorzytów podczas operacyi wyjęcia soczewki. (Badania doświadczalne).
7. Badania doświadczalne nad wpływem suchych kąpieli na ustrój, w szczególności na krew.
8. Graficzne badania skurczów mięśniowych u ludzi w stanach normalnych i patologicznych.

b) **Tematy pozostawione na rok następny z poprzedniego konkursu:**

9. Badania doświadczalne i kliniczne nad zaskrzepami żylnymi przy chorobach zakaźnych.
10. Jak działa emetyna i apomorfina na gruczoły i komórki śluzowe.
11. Rozpoznanie gruźlicy kiszek na zasadzie badania bakteryologicznego.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1903 r.

Za najlepszą pracę napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych tematów wyznacza się nagroda Rub. 300.

Rozprawa nagrodzona wydrukowaną będzie nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autora. Prace nadesłane być mają w rękopisach, pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul Niecała l 7); z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest: nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, *Dr. Hoyer*.

Tablice do artykułu: ***Ciąża, poród i połóg u osób obarczonych wadą serca Dra Rudolfa Breitera.***

L. p	L. prot.	Dzień przyjęcia	Wiek	Ilość i jakość porodów przebytych	Rodzaj wady serca	Objawy	Stan i przebieg obecnej ciąży	Dzień, przebieg i sposób ukończenia porodu	Płód; ciężar	Łożysko: utkanie i ciężar	Przebieg połogu	Terapia	Uwaga
1.	484.	21/XI 1899 o godz. 6·10 rano.	31	IV. para; prawidłowe.	Insufficientia et stenosis valvulae mitralis, pericarditis chronica.	Sinica, znaczna duszność, bronchitis, wybitne obrzęki ogólne.	W drugiej połowie ciąży zawroty głowy, duszność napadowa. Parturiens in X. mense.	21/XI o godz. 7. rano Expressio foetus. Objawy ze strony serca przy końcu okresu II. wybitniejsze. Po porodzie obfite krwawienie, wydobycie ręczne łożyska, tamponada macicy.	Żywy 3.800 gr.	600 gr. kształt nieregularny.	Przez 3 dni tętno szybkie 112, słabo napięte, objawy ze strony serca dość szybko ustępują.	Środki pobudzające. Tra. strophant.	Opuszcza klinikę z wadą wyrównaną.
2.	240.	12/IV 1901 o godz. 2 w nocy.	26	II. para; 1 poród w 8 mies. ciąży, płód nieżywy.	Insufficientia et stenosis valvulae mitralis.	Nieznaczna sinica; tętno 112 łatwo uciskalne. Oddechy nasilone.	Od kilku dni duszność. Parturiens początek X. miesiąca księż	12/IV o godz. 1. w południe siłami natury, bez wybitnych zaburzeń ze strony serca.	Żywy 2.900 gr.	Anemiczne bez zmian.	Bez zaburzeń ze strony serca, tętno znacznie wolniejsze.	Środki pobudzające.	»
3.	222.	15/IV 1901 o godz. 6 rano.	27	I. para.	Insufficientia valvulae mitralis.	Nieznaczna sinica i duszność l. oddechów 32. W płucach nieliczne rzężenia.	Często występująca duszność od 2 miesięcy. Parturiens in VII. mense.	15/IV o godzinie 11.35 rano siłami natury, przebieg prawidłowy, bez znaczniejszych zaburzeń.	Nieżywy 1.400 gr.	500 gr. świeże wynaczynienia.	Objawy ze strony serca w kilka godzin ustąpiły.		»
4.	372.	26/VII 1901 o godz. 2 po poł.	41	III. para; ost. przed 8 laty. W 1 porodzie: zatrzymanie się częściowe łożyska połóg nieprawidłowy.	Stenosis valvulae mitralis.	Oddechy nasilone l. 34. Obrzęki nieznaczne; tętno 80, słabo napięte, regularne.	W drugiej połowie ciąży objawy ze strony serca napadowe. Od kilku dni duszność, bicie serca, zawroty głowy. W przejściu do porodu X. miesiąca.	30/VI o godz. 2. w nocy siłami natury, wybitna duszność, znaczna sinica, tętno niewyczuwalne.	Żywy 3.000 gr.	750 gr. bez zmian.	Objawy się wzmagają, tętno nieregularne, po dwóch dniach stan stale się poprawia. Macica leniwo się zwija.	Środki pobudzające. Tra. strophant. Digitalis.	»
5.	498.	8/VII 1902 o godz. 5·30 rano.	24	II. para; 1 poród w 8 miesiącu ciąży, płód nieżywy.	Stenosis aortae et insufficientia valvulae mitralis.	Oddechy nasilone, duszność, sinica znaczna, tętno 84, pełne, nieregularne.	Objawy ze strony serca od kilku dni. Parturiens in VIII. mense.	5/VII o godz. 6. rano siłami natury. Objawy groźne.	Żywy 2.250 gr.	550 gr. bez zmian.	Przez dwa dni objawy niedomogi ciężkie, powolnie ustępują. Macica źle się zwija. Secale w 8 dniu połogu.	Środki pobudzające. Tra. strophant. i digitalis.	»
6	137.	4/III 1901.	36	IX para; prawidłowe (?). Przed rokiem poronienie w 3 miesiącu.	Insufficientia mitralis; hydramnios acutum.	Sinica znaczna, duszność l. oddechów 40. powierzchowne; tętno 104, łatwo uciskalne, regularne.	Bicie serca, duszność napadowa przez cały czas ciąży. Od dwóch tygodni nagły wzrost brzucha. Objawy ze strony serca znacznie się spotęgowały. Gravida in mense? Hydramnios acutum.	8/III o godz. 8. wieczór, kleszcze niskie, po odejściu znacznej ilości wód objawy się zmniejszyły wybitnie.	Omdlały, docucony, w 3 godziny zmarł. 2.250 gr.	700 gr. liczne świeże wynaczynienia.	Stan coraz lepszy, połóg prawidłowy. Macica leniwo się kurczy. Secale.	Środki pobudzające.	Płód okazuje wybitne zmiany w budowie kośćca (Rhachitis foetalis Winkleri (?!).

L. p.	L. prot.	Dzień przyjęcia	Wiek	Ilość i jakość porodów przebytych	Rodzaj wady serca	Objawy	Stan i przebieg obecnej ciąży	Dzień, przebieg i sposób ukończenia porodu	Płód; ciężar	Łożysko: utkanie i ciężar	Przebieg połogu	Terapia	Uwaga
7.	10.	6/I 1901 o godz. 10. wieczór.	26	III. para; ostatni przedwczesny, płód nieżywo urodzony.	Insufficientia valvulae mitralis.	Obrzęki na nogach, sromie i brzuchu. Oddechy nasilone, liczne rzężenia w płucach. Tętno 112, nieregularne, słabo napięte.	W drugiej połowie ciąży duszność, kaszel, zawroty głowy, bicie serca. Gravida in VIII. mense					Tra. strophant. Digitalis, spokój, dyeta.	Z początkiem X miesiaca chora opuściła klinikę z wadą zupełnie wyrównaną. W kilka dni potem tow. ratunkowe przywiozło chorą jako rodzącą z wypadniętą pępowiną na oddział szpitala, gdzie urodziła płód niedonoszony, nieżywy, bez zaburzeń ze strony serca.
8.	267.	10/V 1900.	29	II para; przed $^1/_2$ rokiem poród przedwczesny w VIII. mies.; płód żywy zmarł tuż po porodzie.	Insufficientia mitralis.	Obrzęki kończyn nieznaczne. Tętno 84, słabo napięte, nieregularne.	Od kilku tygodni ogólne osłabienie, ćmienie przed oczami napadowo występujące Abortus in IV. mense in tractu.	Po ręcznem usunięciu jaja płodowego stan powoli się polepszał. Przy zabiegu omdlewania, tętno szybkie, ledwie wyczuwalne.			Z każdym dniem widoczne polepszenie.	Pobudzające środki i nasercowe.	Opuściła klinikę z wadą wyrównaną
9.	183.	29/III 1900 o godz. 3. rano.	21	I para.	Endocarditis recurrens sub forma insufficientiae et stenosis valvulae mitralis.	Sinica wybitna, oddechy nasilone. Obfita wydzielina surowicza z płuc, furczenia i świsty. Tętno szybkie, nieregularne. Temp. 38·2.	Przebieg ciąży prawidłowy, od kilku dni objawy ze strony serca nagle wystąpiły. Parturiens in X. mense, pelvis plana.	29 III o godz. 6·30 Forceps alta. Episiotomia, sutura. Objawy dość wybitne jednak stan stosunkowo zadowalniający. Po okresie 3 krwawienie ustąpiło pod wpływem: Cornutini ergotici Bomb. podskórnie.	Omdlały, docucony 3 700 gr.	700 gr. bez zmian widocznych.	Przez 12 dni stan ciężki, tętno 140; temp. do 40°, jednak codzień widoczne polepszenie, sinica ustępuje, tętno spada do 84, regularne.	Środki pobudzające. Tra. strophant. Digitalis. Serum Marmorka profilaktycznie.	Po 35 dniach opuściła klinikę na własne żądanie z wadą wyrównaną. Stan ogólny zadowalniający.
10.	165.	22/IV 1900.	35	II. para; 1. poród kleszczowy, dziecko żywe.	Insufficientia valvulae mitralis.	Sinica i duszność wybitna, obrzęki kończyn, sromu i powłok brzusznych znaczne. Tętno bardzo słabo napięte, szybkie, nie dające się policzyć, bardzo nieregularne, poczynający się obrzęk płuc. W moczu ilość białka $2^0/_{00}$.	Przez cały czas ciąży napadowa duszność, napady omdlewania; w ostatnich czasach znacznie się wzmogły. Gravida in VIII. mense. Pelvis normalis.	26/III o godz. 7. wieczorem siłami natury. Stan chorej aż do porodu stale się pogarszał, podczas porodu, który nadzwyczaj szybko postępował, stan bardzo groźny, tętno niewyczuwalne duszność bardzo znaczna, siłami natury.	2.600 gr. żywy.	560 gr. liczne stare wynaczynienia.	Przez [illegible] dni stan nieznacznie lepszy, lecz groźny ciągle, stopniowo jednak się poprawia. Arytmia tętna przez 8 dni w połogu się utrzymuje, obrzęki się zmniejszają.	Excitantia Analeptica Tra. strophant. Digitalis.	Opuściła klinikę z wadą zupełnie wyrównaną.

L. p.	L. prot.	Dzień przyjęcia	Wiek	Ilość i jakość porodów przebytych	Rodzaj wady serca	Objawy	Stan i przebieg obecnej ciąży	Dzień, przebieg i sposób ukończenia porodu	Płód; ciężar	Łożysko: utkanie i ciężar	Przebieg połogu	Terapia	Uwaga
11.	258.	27/IV 1901 o godz. 9 wieczór.	27	I. para.	Insufficientia valvulae mitralis, fibromata uteri interstitialia.	Objawów niedomogi niema.	Od 3 tygodni nieznaczne krwawienie z części rodnych, bóle dołem brzucha. Abortus in VII. mense imminens. Placenta praevia marginalis.	6/V o godz. 4^{30} rano, siłami natury, bez żadnych objawów niedomogi. Łożysko usunięto ręcznie z powodu obfitego krwawienia.	Długość = 45 nieżywy.	420 gr.	Prawidłowy.	Tamponada macicy.	W jamie macicy wyczuć można było dwa włókniaki wielkości jaja kurzego, położone wśródściennie, które były powodem poronienia.
12.	64	31/I 1900 przeniesiona z kliniki chorób wewnętrznych.	30	III para. Oba porody ciężkie, operacyjne. O zabiegu przy pierwszym porodzie nic powiedzieć nie umie, gdyż była usypianą, przy drugim bliźnięta, obrót. Dzieci żywe, tuż po porodzie zmarły. Podczas 1 i 2 ciąży występowały objawy ze strony serca, jednak w znacznie lżejszym stopniu jak obecnie.	Insufficientia et stenosis valvulae mitralis, pericarditis chronica.	Wybitna sinica, oddechy nasilone = 36. Obrzęki ogólne, nieznaczne, tętno 106, regularne, średnio napięte. Wątroba 2 palce niżej łuku żebrowego, śledziona również powiększona. W moczu ilość białka = 2%.	Od 3 miesięcy kłucie w okolicy serca, omdlewania, częste krwioplucia, kaszel, duszność, ogólne obrzęki przemijające. Obecnie nieznaczne polepszenie po terapii zastosowanej na klinice chorób wewnętrznych. Gravida in X. mense (?).	1/III o godz. 11. przed południem, siłami natury. Podczas porodu duszność nadzwyczaj znaczna, tętno niewyczuwalne, sinica wybitna. Injekcye podskórne kamfory i eteru bez skutku.	Żywy 3.000 gr.	550 gr. bez zmian widocznych.	Tuż po porodzie prawie nagłe polepszenie, tętno wolne, białko z moczu i obrzęki dość szybko ustąpiły. Dziesiątego dnia nagłe bicie serca, omdlenie, tętno 120. Pod wpływem injekcyi eteru nastąpiło polepszenie, dalszy przebieg połogu prawidłowy.	Środki podniecające, Tra. strophant. Digitalis. Injekcye eteru, kamfory.	Opuściła klinikę z wadą zupełnie wyrównaną.
13.	48.	24/I 1901 o godz. 1 po poł.	30	III. para; 1 na czasie, 2 w 8 miesiącu ciąży.	Insufficientia valvulae mitralis.	Nieznaczna sinica, duszność, w płucach świsty i furczenia, obfita surowicza wydzielina z płuc. Tętno szybkie, średnio napięte, nieregularne.	Od kilku dni bicie serca, uczucie lęku i omdlewania i zawroty głowy, duszność, kaszel. Parturiens in X. mense.	24/III o godz. 6^{40} wieczorem, wygniatanie zapomocą opasek. Objawy ze strony serca nieznacznie wybitniejsze, jednak nie niebezpieczne.	Żywy 3.200 gr.	550 gr. nieliczne infarkty białe i świeże wynaczynienia.	W kilka godzin po porodzie duszność i sinica ustąpiły, wydzielina płuc skąpsza, tętno przez dwa dni nieregularne jednak wolniejsze, ósmego dnia przez cały dzień dwubitne. Macica źle się kurczy; trzykrotnie podano sporysz.	Środki podniecające, Tra. strophant.	Przy opuszczeniu kliniki wada wyrównana.
14.	34.	16/I 1901 o godz. 7 wieczór.	34	IV. para; poprzednie porody siłami natury, ostatni przedwczesny, dziecko żywe.	Insufficientia valvulae mitralis.	Sinica, oddechy nasilone = 36, obrzęki kończyn i sromu. Tętno wolne słabo napięte, przepuszczające. Wątroba sięga na dwa palce poniżej łuku żebrowego, śledziona powiększona. W moczu ślad białka.	Duszność, ból w okolicy serca i kaszel, występujące napadowo w drugiej połowie ciąży. W ostatnich tygodniach stan się pogorszył. Gravida in IX. mense.	21/I 1901 o godz. 9. wieczorem, siłami natury. Wystąpiła duszność bardzo znaczna, tętno ledwie wyczuwalne, nieregularne.	Żywy 2.250 gr.	550 gr. utkanie prawidłowe.	Na drugi dzień objawy ze strony serca znacznie lżejsze, powoli ustępują zupełnie.	Środki podniecające, Tra. strophant. Digitalis. Injekcye podskórne eteru kamforowego.	Z wadą wyrównaną opuszcza klinikę.

L. p.	L. prot.	Dzień przyjęcia	Wiek	Ilość i jakość porodów przebytych	Rodzaj wady serca	Objawy	Stan i przebieg obecnej ciąży	Dzień, przebieg sposób ukończenia porodu	Płód; ciężar	Łożysko: utkanie i ciężar	Przebieg połogu	Terapia	Uwaga
15.	92.	14/II 1901 o godz. 11 wieczór.	43	X. para; porody prawidłowe, przed 2 laty przechodziła jakąś ostrą chorobę infekcyjną, po której wystąpiło poronienie IV. miesiącu. Od tego czasu choruje na serce.	Stenosis valvulae mitralis.	Duszność nieznaczna. Tętno szybkie łatwo uciskalne. Mocz czysty.	W drugiej połowie ciąży od czasu do czasu napadowa duszność i omdlewania. Gravida in X. mense.	18/II 1901 siłami natury, wygniatanie płodu opaskami. Objawy ze strony serca nieznacznie się wzmogły.	3 600 gr. żywy.	600 gr. utkanie prawidłowe.	Objawy sercowe w kilka dni ustępują zupełnie.	Środki podniecające. Tra. strophant.	Opuszcza klinikę z wadą wyrównaną.
16.	9.	7/I 1901 o godz. 10·30 rano.	21	I. para.	Insufficientia valvulae mitralis.	Sinica, duszność nieznaczna, tętno miękie, szybkie regularne. Obrzęki kończyn dolnych. Wątroba palec niżej łuku żebrowego; w moczu ślad białka.	Od kilku tygodni ciężkość w oddychaniu, ból napadowy w okolicy serca, zawroty głowy. Parturiens in X. mense.	7/I 1901 o godz. 4. popołudniu siłami natury. Ze strony serca objawy się nieznacznie wzmagają.	3.000 gr. żywy.	650 gr. prawidłowe.	Przez 4 dni stan coraz gorszy, obrzęki wybitniejsze, tętno 84, nieregularne. Po podaniu digitalis, stan się poprawia, dalszy przebieg połogu prawidłowy. Macica źle się kurczy, 6 dnia Secale.	Tuż po porodzie Tra. strohanti, bez skutku, podano Digitalis. Środki podniecające.	Opuściła klinikę z wadą dobrze wyrównaną.
17.	397.	14/X 1900 o godz. 11. przed połud.	32	VI. para; siłami natury, przed rokiem poronienie w V. mies. wśród objawów ze strony serca.	Insufficientia et stenosis valvulae mitralis.	Oddechy nasilone, kaszel, w płucach liczne rzężenia, wydzielina surowicza. Dość znaczne obrzęki kończyn twarzy i sromu. Tętno 102, nieregularne. W moczu ślad białka.	W drugiej połowie ciąży obrzęki, bicie serca napadowe, jakoteż omdlewania i zawroty głowy. Parturiens Gemelli.	14/X 1900 o godzinie 1·30 południu siłami natury. Przebieg porodu bez znacznych zaburzeń ze strony serca.	Żywe 2 800 gr. 2.600 gr.	Wspólne 1.100 rozległe stare wynaczynienia, nieliczne świeże.	Obrzęki powoli ustępują, tętno regularne. 4. dnia nagle omdlewania bicie serca, arytmia tętna. Dalszy przebieg prawidłowy.	Środki podniecające, injekcye podskórne eteru, kamfory. Tra. strophant.	Opuściła klinikę ze znacznem polepszeniem.
18.	106.	20/II 1901.	28	IV. para; z powodu miednicy rachitycznej płaskiej, 1. mymóżdżenie, 2. obrót, dziecko żywe, 3. wymóżdżenie. Obecnie zgłosiła się w 34. tygodniu ciąży do wywołania przedwczesnego porodu.	Insufficientia valvulae mitralis compensata.	Objawów niedomogi serca niema.	Czasem bicie serca, zresztą zupełnie czuje się zdrową. Graviditas in IX. mense. Pelvis plana rhachitica. Poprzeczne II. Con. diagon $9^1/_2$.	Provocatio partus praemat. Versio in pedem, Extractio foetus Extractio manualis placentae. Tamponada uteri propter haemorrhagiam Injectio Cornutini ergotici prof Bombellon 1.0. Bez zaburzeń ze strony serca.	2.500 gr. żywy, omdlały, docucony, w $1^1/_2$ godz. umarł.	450 gr. prawidłowe Cyanosis placentae.	Zupełnie prawidłowy.		Wytoczenie główki natrafiało na znaczne trudności.
19.	84.	13/III 1901 o godz. 2·45 popołudniu.	28	III. para; porody poprzednie(?)	Insufficientia mitralis.	Objawów niedomogi serca niema.	Prawidłowy. Gravida in X. mense.	27/II o godz. 6·15 rano, siłami natury. Tętno niedające się policzyć, sinica nieznacznego stopnia, duszność	3.600 gr. żywy.	600 gr. liczne infarkty białe.	Po dwóch dniach tętno regularne. Duszność nieznaczna ustępuje. Macica leniwie się zwija. Secale. Połóg zresztą prawidłowy.	Tra. strophanti. Środki podniecające, podczas porodu i po.	Opuszcza klinikę z wadą zupełnie wyrównaną.

L. p.	L. prot	Dzień przyjęcia	Wiek	Ilość i jakość porodów przebytych	Rodzaj wady serca	Objawy	Stan i przebieg obecnej ciąży	Dzień, przebieg i sposób ukończenia porodu	Płód; ciężar	Łożysko: utkanie i ciężar	Przebieg połogu	Terapia	Uwaga
20.	50.	24/I 1901 o godz. 1 w południe.	30	IV para; porody siłami natury, ostatni wśród wybitnych objawów niedomogi serca.	Insufficientia et stenosis valvulae mitralis, insufficientia valvular semilunar. aortae.	Sinica Oddechy nasilone 36, tętno średnio napięte, regularne, w płucach nieliczne furczenia i świsty, nad sercem fremissement cataire. Mocz czysty.	W ostatnim miesiącu wystąpiła duszność. bicie serca, zawroty głowy. kaszel, napadowo. Parturiens in X. mense. Gemelli	24/I 1901 o godz. 4. popołudniu. Pierwszy siłami natury. przy drugim obrót na nóżkę. Sinica bardzo znaczna, duszność wybitna. tętno chwilami zupełnie niewyczuwalne.	2.550 gr. 2.150 gr. żywe.	Wspólne 950 gr. utkanie prawidłowe.	Przez 2 dni tętno wolniejsze, lecz nieregularne, duszność dość znaczna. W następnych dniach objawy powyższe powoli ustępują, duszność jednak wprawdzie w mniejszym stopniu ciągle się utrzymuje. 13. dnia nagle, duszność znaczna, tętno szybkie, nieregularne. Ustępuje pod wpływem injekcyi podskórnych eteru.	Przed, wśród, i po porodzie środki podniecające i Tra. strophant. W połogu digitalis.	Opuszcza klinikę ze znacznem polepszeniem.
21.	118.	24/II 1901 o godz. 2·45 popołudniu.	27	IV. para; porody poprzednie ciężkie, dlaczego? nie można się od chorej dowiedzieć.	Insufficientia et stenosis mitralis.	Sinica nieznaczna, tętno słabo napięte, duszność miernego stopnia.	Od czasu do czasu w ostatnim miesiącu napadowa duszność i osłabienia. Gravida, początek X. miesiąca. Miednicowe II. Pelvis angusta rhachitica.	25/II 1901 o godz. 2·40 popołudniu. Extractio foetus. Objawy ze strony serca nieznacznie się wzmogły.	2 900 gr. omdlały, docucony.	650 gr. świeże wynaczynienia.	Po porodzie stan się poprawił połóg zresztą prawidłowy. Macica źle się zwija, kilkakrotnie Secale.	Środki podniecające. Tra. strophant.	Opuszcza klinikę z wadą wyrównaną zupełnie.
22.	47.	13/II 1901 o godz. 12·30 w południe.	24	I. para.	Insufficientia valvulae mitralis.	Sinica dość wybitna, tętno nie dające się policzyć, duszność znaczna.	Częste napady duszności od dwóch miesięcy i bicie serca. Parturiens in IX. mense.	13/II 1901 urodziła tuż po przybyciu do kliniki na sali przyjęć. W okresie trzecim porodu znaczny krwotok Expressio placentae modo Créde.	2.550 gr. żywy.	650 gr. liczne świeże wynaczynienia.	Tuż po porodzie stan znacznie lepszy, tętno regularne, wolniejsze, sinica zwolna ustępuje. Macica źle się zwija, kilkakrotnie Secale.	Środki podniecające.	»
23.	16.	7/I 1901 o godz. 9·15 rano.	34	II. para; 1. poród siłami natury na czasie.	Insufficientia valvulae mitralis.	Niema żadnych.	Prawidłowy. Parturiens in X. mense.	7/I 1901 o godz. 2·15 popołudniu, siłami natury, bez zaburzeń ze strony serca.	3.300 gr. żywy.	650 gr. liczne infarkty białe.	Zupełnie prawidłowy.		
24	20.	10/I 1901 o godz. 6 rano.	32	IV. para; poprzednie siłami natury (?).	Insufficientia valvulae mitralis.	Sinica i obrzęki znaczne, oddech nasilony, tętno szybkie, regularne.	Od kilku dni duszność. obrzęki od 3 miesięcy. Parturiens in X. mense.	10/I o godz. 9·40 rano, siłami natury. Duszność i sinica znaczna, tętno bardzo szybkie, słabo wyczuwalne	3.400 gr. żywy.	650 gr. liczne infarkty białe.	Po porodzie objawy ze strony serca w kilku godzinach ustąpiły. Obrzęki powoli ustępują. Macica leniwo się kurczy, Sporysz.	Środki podniecające. Tra. strophant.	Wada zupełnie wyrównana.

L. p.	L. prot.	Dzień przyjęcia	Wiek	Ilość i jakość porodów przebytych	Rodzaj wady serca	Objawy	Stan i przebieg obecnej ciąży	Dzień, przebieg i sposób ukończenia porodu	Płód; ciężar	Łożysko: utkanie i ciężar	Przebieg połogu	Terapia	Uwaga
25.	445.	14/XI 1900 o godz. 4. popoł.	18	I. para.	Stenosis aortae.	Nieznaczna sinica, oddechy przyśpieszone, obrzęki, tętno 120 regularne, twarde.	W drugiej połowie ciąży częste bicia serca, od kilku dni duszność. Gravida in X. mense.	3/XII o godz. 2·30 popołudniu, siłami natury. Duszność znacznie się spotęgowała, tętno bardzo szybkie, sinica, w 3 okresie, znaczny krwotok. Expressio placentae tamponada macicy.	3.350 gr. żywy.	700 gr. liczne złogi wapienne.	Po porodzie znaczne polepszenie, tętno przez cały czas połogu szybkie około 100, zresztą przebieg połogu bez zaburzeń. Macica źle się zwija. Sporysz	W ciąży spokój, dyeta. Tra. strophant, środki podniecające.	W ciąży zastosowano terapię, po której objawy sercowe zupełnie ustąpiły. podczas porodu znowu wystąpiły. Opuszcza klinikę z wadą wyrównaną.
26.	47.	23/I 1901.	34	III. para; siłami natury.	Insufficientia valvulae mitralis.	Objawów niedomogi niema.	Prawidłowy. Parturiens in X. mense.	23/I o godz. 1 15 popołudniu. siłami natury. bez objawów ze strony serca.	2.900 gr. żywy.	450 gr. świeże wynaczynienia.	Prawidłowy.		
27.	11.	6/I 1901.	20	I. para.	Insufficientia mitralis.	Sinica, oddechy nasilone, powierzchowne, tętno słabo wyczuwalne, szybkie, regularne.	Od kilku dni brak oddechu i bicie serca. Gravida in VIII. mense.					Objawy pod wpływem spokoju, dyety, środków podniecających i Tra. strophant ustępują zupełnie.	Chora na własne żądanie opuszcza klinikę bez żadnych objawów niedomogi.
28.	530	1/I 1901 o godz. 12·45 w nocy.	26	II. para: siłami natury.	Insufficientia valvulae mitralis.	Objawów niedomogi niema.	Prawidłowy. Parturiens in X. mense.	1/I 1901 o godz. 11·20 wieczorem. siłami natury, bez zaburzeń ze strony serca.	3.400 gr. żywy.	550 gr. utkanie nieprawidłowe.	Prawidłowy.		
29	520	25/XII o godz. 7·45 rano.	40	IX. para; poprzednie porody prawidłowe (?).	Insufficientia valvulae mitralis.	Sinica znaczna, oddechy szybkie, powierzchowne, tętno 112, regularne, średnio napięte. Meteorismus dość znaczny, wolny płyn w jamie brzusznej temperatura 37·6.	W ostatnich dniach bicie serca, duszność. Parturiens po przeczne. grzbietowe II. bóle od 20 godzin	25/XII o godz. 8. rano w narkozie chloroformowej, versio in pedem. extractio. Zabieg Credego tamponada macicy z powodu krwotoku. Tętno bardzo liche ledwo wyczuwalne, duszność znaczna.	3.000 gr. nieżywy.	600 gr. nieznaczne zmiany włókniste.	Objawy ze strony serca po porodzie wkrótce ustąpiły. Objawy podrażnienia otrzewnej wśród gorączki.	Środki podniecające, diuretica zresztą terapia zapalenia otrzewnej.	Opuszcza klinikę z wadą zupełnie wyrównaną.
30.	445.	8/XI 1900 o godz. 6 wieczór.	26	I. para.	Stenosis aortae.	Objawów niedomogi niema Pulsus celler.	Prawidłowy. Gravida in VIII. mense.	11/I 1901 o godz. 2·45 popołudniu. Prócz nieznacznej siniéy i duszności poród prawidłowy, siłami natury.	3.200 gr. żywy.	600 gr. nieliczne stare i świeże wynaczynienia.	Ośm pierwszych dni zupełnie prawidłowy przebieg, 9. dnia obrzęki, duszność, napady omdlewania, tętno nieregularne, szybkie, ustępują po dwóch dniach. dalszy przebieg prawidłowy.	W połogu Tra. strophant. Injekcye podskórne eteru. kamfory. Środki podniecające.	Przy opuszczeniu kliniki wada zupełnie wyrównana

L. p.	L. prot.	Dzień przyjęcia	Wiek	Ilość i jakość porodów przebytych	Rodzaj wady serca	Objawy	Stan i przebieg obecnej ciąży	Dzień, przebieg i sposób ukończenia porodu	Płód; ciężar	Łożysko: utkanie i ciężar	Przebieg połogu	Terapia	Uwaga
31.	226.	15/II 1901.	23	II. para; 1. poród wśród bardzo nieznacznych zaburzeń ze strony serca.	Insufficientia et stenosis valvulae mitralis, insufficientia relativa valvulae tricuspidalis. Pericarditis.	Wybitne ogólne obrzęki, płyn wolny w jamach surowiczych, sinica znaczna, oddechy bardzo powierzchowne, przyspieszone. Tętno szybkie 120 nieregularne. Tętnienie żył szyjnych w płucach, liczne rzężenia, krwioplucie, wątroba 3 palce poniżej łuku żebrowego. Poczynająca się nekroza wargi większej prawej z powodu obrzęku, w moczu białko w ilości $5^0/_{00}$.	Od 5 tygodniu obrzęki, duszność coraz bardziej się potęgująca. krwioplucie. Gravida in VIII. mense.					Digitalis Tra. strophant Środki podniecające Scarificatio warg większych.	Po 10 dniach obrzęki ustąpiły, stan się zupełnie poprawił, tętno około 100. regularne. i o 15 dniach opuszcza klinikę na własne żądanie, według doniesienia listowego w kilka dni po przybyciu do domu na wsi poród, siłami natury wśród bardzo nieznacznych objawów sercowych, w kilka dni gorączka. dreszcze po 6 tygodniach uległa zakaż. połog. i wśród objawów niedomogi serca.
32.	467.	13/XI 1901.	41	IV. para; ostatni poród w 8. miesiącu ciąży, wśród objawów ze strony serca przed $1^1/_2$ rokiem.	Insufficientia et stenosis valvulae mitralis, nephritis chronica.	Sinica bardzo znaczna, duszność, oddechy szybkie, nasilone, obrzęk płuc rozpoczynający się. Wątroba 2 palce poniżej łuku żebrowego. Obrzęki ogólne, wolny płyn w jamach surowiczych. W moczu dość znaczna ilość białka, wałeczki. tętno 112, słabe, tmp. normalne.	W drugiej połowie ciąży obrzęki, częste bicie serca, duszność przemijająca. Od tygodnia stan ciężki. Gravida in VII. mense.	15/XI 1901 o godz. 8. rano poronienie bez pogorszenia stanu, siłami natury, szybko.	1.000 gr. nieżywo urodzony bez oznak maceracyi.	300 gr. rozległe zmiany włókniste. Pępowina obrzękła, gruba krwawo imbikowana; wydalone w całości.	Stan do porodu jednakowy, po porodzie trzydniowe nieznaczne polepszenie, następnie stan stale pogarszał się. Dziewiątego dnia exitus letalis wśród objawów obrzęku płuc, t. j. † 24/XI 1901 o godz. $8^1/_4$ rano.	Środki nasercowe, podniecające. Injekcye podskórne eteru, kamfory. Środki wykrztuśne. bańki itd.	Antopsia wykazała. Endocarditis verrucosa valvulae bicuspidalis. dilatatio et hypertrophia totius cordis Degeneratio adiposa myocardii, atheroma aortae. Nephritis chron. Degenerat. diffusa Oedema pulmon. Ascites, Anasarca. Wykonał sekcyę Dr Kučera.
33.	72.	30/I 1902 o godz. 9 rano.	32	IV. para; porody prawidłowe.	Insufficientia valvularum semilunar. aortae. Peri et myocarditis.	Sinica nieznaczna, wybitna duszność. 1 oddechów 42, nasilone, powierzchowne. tony serca bardzo głuche. tętno 120. W płucach liczne furczenia i świsty w dolnych płatach płuc. Temp 36 3 w moczu znaczna ilość białka. Obrzęków niema.	W grudniu 1901 przechodziła rheumatismus articulorum acutus, od tego czasu nieznaczne objawy sercowe. Od 3 dni bardzo znaczna duszność i obfita wydzielina z płuc. Gravida in IX. mense, poprzeczne II.	31/1 o godz. 4·30 rano pękł pęcherz płodowy i przy ujściu na 2 palce rozwartem wykonano obrót, poczem płód mały natychmiast się urodził, krwotok, ręczne wyjęcie łożyska.	2.600 gr. nieżywy.	450 gr. nieliczne świeże wynaczynienia, cyanosis placentae.	Od chwili przyjęcia stan coraz cięższy, duszność wybitniejsza. Tuż po wykonaniu zabiegu operacyjnego exitus letalis t. j. † 31/I 1901 o godz. 4·45 rano.	Środki nasercowe, podniecające. Injekcye podskórne eteru, kamfory.	Antopsia wykazała. Endocarditis ulcerosa valvular semilun. aortae subsqt. insuff. ostii arteriosi sinistri dilatatio cordis utrinsque. Degeneratio adiposa myocardii majoris gradus, necroses disp. et myocarditis recens myocardii sinistri, pericarditis serofibrinosa. Infarctus septicus renis dextri. Pleuritis chron. adhaesiva Bronchitis catarrh acuta. Induratio cyanotica pulm levis. Degeneratio parenchym. organorum Wykonał sekcyę Dr. Kuczera.